

<b>POL-07-302</b>	<b>Déclaration des incidents et des accidents</b>	
Ancien numéro : POL_DQEPE_2016-102.B		
<b>Direction responsable :</b>  Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et de la gestion de l'information	<b>En vigueur le :</b>  7 mars 2016	
<b>Adoptée par :</b>  Le conseil d'administration  Le comité de direction	<b>Révisée le :</b>  26 avril 2022	
<b>Référence(s) :</b>  <i>Article 233.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)</i>		

## TABLE DES MATIÈRES

1. Contexte et définition.....	3
1.1. Contexte.....	3
1.2. Définition .....	3
2. Principes.....	4
3. Fondements légaux et éthiques .....	4
4. Valeurs organisationnelles actualisées .....	5
5. Objectifs .....	6
6. Personnes visées .....	6
7. Responsabilités .....	7
8. Exclusions .....	9
9. Particularités relatives aux incidents et accidents applicables à certains secteurs d'activités ou types d'évènements indésirables .....	11
10. Directives à suivre lors d'un évènement sentinelle.....	12
Annexe I : Échelle de gravité .....	14
Annexe II : Rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1) .....	15
Annexe III : Tableau synthèse du suivi d'un accident ou d'un incident.....	17

Annexe IV : Chaîne de communication.....	18
Annexe V : Rapport d'incident/accident transfusionnel (AH-520) .....	19
Annexe VI : Rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux (RARDM) .....	21

# **1. Contexte et définition**

## **1.1. Contexte**

La déclaration des incidents et des accidents est la base du système de gestion des risques mis en place par la Loi sur les services de santé et services sociaux<sup>1</sup> (ci-après nommée : « LSSSS »). Ainsi, en vertu de la LSSSS, les événements indésirables survenus, lors de la prestation des soins et des services, doivent être déclarés et nécessitent une analyse, afin d'en connaître les causes, y apporter les correctifs nécessaires et en prévenir la récurrence.

Conformément à la LSSSS, dont le but est le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie, conformément aux directives de la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>2</sup> ainsi qu'au guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incidents ou d'accidents<sup>3</sup>, les expressions et mots suivants sont ainsi définis en ce qui a trait à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

## **1.2. Définition**

### **Accident**

Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager<sup>4</sup> [...] (LSSSS, article 8).

### **Incident**

Une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager [...], mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences (LSSSS, article 183.2).

### **Conséquence**

Impacts sur la santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident. La conséquence découle directement de l'accident. Elle doit être certaine et non hypothétique, et peut prendre la forme de blessure, tort ou dommage causé à la santé ou au bien-être de l'usager<sup>5</sup>.

### **Complication**

État pathologique survenant lors de l'évolution d'une maladie dont il aggrave le pronostic.

---

<sup>1</sup> Loi sur les services de santé et services sociaux (chapitre S-4-2)

<sup>2</sup> Direction de la qualité du MSSS (novembre 2011). Système d'information sur la sécurité des soins et services : Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux. MSSS : Québec.

<sup>3</sup> Direction de la qualité du MSSS (2014). Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident. MSSS : Québec.

<sup>4</sup> Le terme « usager » sert également à désigner tout résident d'un milieu de vie du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. On le distingue des proches aidants et des visiteurs.

<sup>5</sup> Regroupement des programmes d'assurance de dommages du réseau de la santé et des services sociaux, Manuel de gestion des risques du réseau de la santé et des services sociaux, Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2006.

## Déclaration

Action de porter à la connaissance de l'organisation, au moyen du formulaire AH-223-1, et selon la procédure établie par l'établissement, tout incident ou accident, constatés par un employé, un professionnel qui exerce sa profession dans le centre, un stagiaire ou toute personne qui, en vertu d'un contrat, dispense des services aux usagers de cet établissement.

## Échelle de gravité

Outil de mesure de la gravité des incidents et accidents selon une échelle graduée des lettres « A à I », utilisé dans tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et permettant de catégoriser les événements selon la gravité des conséquences pour l'usager (annexe I).

## Événement

Toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui a, ou aurait pu, causer des dommages à la santé et au bien-être des usagers ou encore, à leurs biens.

## Événement sentinelle

Ce terme décrit des événements de quatre ordres :

- Ceux qui auraient pu avoir des conséquences graves;
- Ceux qui ont eu des conséquences graves, donc de gravité « F, G, H ou I » selon l'échelle de gravités;
- Ceux qui se sont produits à une grande fréquence, même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves;
- Ceux qui ont touché plusieurs usagers et dont les conséquences potentielles sont inconnues.

## 2. Principes

Une culture organisationnelle juste axée sur la sécurité de la clientèle sous-tend les objectifs décrits au point 5. Par ailleurs, le CISSS de Chaudière-Appalaches vise à se conformer aux exigences de la loi en ce qui a trait à la déclaration des incidents et accidents liés aux soins et services dispensés à la clientèle, dont l'obligation de déclaration des incidents et accidents (article 233.1). L'établissement a l'obligation d'assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu (LSSSS, article 183.2, paragraphe 3).

## 3. Fondements légaux et éthiques

La présente politique, visant la sécurité des usagers, tire ses fondements légaux des lois suivantes :

- Charte canadienne des droits et libertés (Loi constitutionnelle de 1982)<sup>6</sup>;
- Charte des droits et libertés de la personne<sup>7</sup>;
- Code civil du Québec<sup>8</sup>;

<sup>6</sup> Art. 1, 2 (liberté de conscience - consentement), 7, 9 (garde en établissement, par ex.) et 12 de la Charte canadienne des droits et libertés (Loi constitutionnelle de 1982)

<sup>7</sup> Art. 1, 2, 3 (liberté de conscience - consentement), 4, 9 et 10 de la Charte des droits et libertés de la personne (chapitre C-12)

<sup>8</sup> Art. 1, 3, 4, 7, 10, 11 et s., 26 et s., 32 et s. et 35 et s. du Code civil du Québec (chapitre CCQ-1991)

- LSSS<sup>9</sup>.

La présente politique prend également appui sur la Déclaration universelle des droits de l'homme<sup>10</sup>, bien qu'elle n'ait qu'une portée déclarative et non normative.

Cette politique de déclaration prend assise, tout particulièrement, sur l'article 233.1 de la LSSS, qui énonce le devoir de tout intervenant (dont le travailleur autonome et le stagiaire) œuvrant pour le réseau de la santé et des services sociaux de déclarer tout incident ou accident.

La politique s'appuie également sur des fondements éthiques, des valeurs que voici :

#### **Autodétermination**

La prestation sécuritaire des soins et services se base sur la valeur d'autodétermination, car le non-respect de celle-ci brime la dignité de la personne et lui crée nécessairement un préjudice. L'autonomie désigne la capacité qu'a une personne apte de se diriger d'après sa propre volonté. Il lui revient donc de décider par elle-même de ce qui lui convient en ayant toutes les informations nécessaires pour le faire de façon éclairée. Le respect du principe d'autonomie apporte une protection contre une intrusion dans la sphère privée de la personne qui doit disposer librement de son être.

#### **Intégrité et inviolabilité**

La prestation sécuritaire des soins et services favorise le respect de l'autonomie en ce qu'elle répond aux principes d'intégrité et d'inviolabilité. L'interprétation de ces principes peut être à l'effet que la personne ne doit pas faire l'objet d'une altération ou d'un dommage ou d'une intervention imposée par la force ou autrement.

#### **Bienfaisance et non-malfaisance**

Le principe de bienfaisance considère que l'action doit tendre vers la réalisation du bien en tenant compte de la conception du bien qu'a la personne, à qui sont offerts des soins ou des services. Le principe de non-malfaisance impose l'obligation de s'assurer qu'une action entraînera des bénéfices supérieurs aux désavantages : le bien-être de la personne doit toujours demeurer l'objet essentiel d'une intervention.

#### **Justice**

La justice reconnaît que toutes les personnes ont le droit d'être respectées également dans leur dignité. Si une personne est lésée au cours de la prestation des soins et services, d'une quelconque façon, elle est légitimée d'espérer, de la part de l'établissement, les soins appropriés, des mesures de soutien et un retour quant à l'amélioration du ou des processus en cause, le cas échéant.

### **4. Valeurs organisationnelles actualisées**

Les valeurs de collaboration, d'humanisme et d'équité du CISSS de Chaudière-Appalaches sont au service du respect du droit des usagers à des services de santé et de services sociaux sécuritaires.

À cet égard, la concertation des efforts pour l'amélioration des processus, l'instauration et l'application de mesures préventives aux événements indésirables illustre la valeur de collaboration au service de la sécurité.

---

<sup>9</sup> Art. 1, 2, al. 1, par. 8.1, 3, 5, 7, 8, 9, 183.2 et 233.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)

<sup>10</sup> Art. 3, 5, 9 (garde en établissement, par ex.), 12 et 18 de la Déclaration universelle des droits de l'homme

L'humanisme, quant à lui, est une valeur intrinsèquement liée au souci de la préservation de l'intégrité de la santé et du bien-être des usagers par la prévention des incidents et des accidents. La prévention des événements indésirables permet également d'éviter les impacts et séquelles chez les employés et toute personne œuvrant au CISSS de Chaudière-Appalaches, consacrant également cette valeur. À cet effet, le non-blâme, empreint d'humanisme, évite également d'aggraver ces impacts et séquelles auprès des travailleurs, qui sont également « victimes » collatérales des défaillances des processus.

De plus, l'humanisme sous-tend l'implication des usagers et leurs proches comme des partenaires dans le processus de déclaration des incidents et des accidents et la valeur que le CISSS de Chaudière-Appalaches y accorde. Il en est de même de leur rôle et de leur engagement dans la qualité et la sécurité des soins et des services.

Aussi, la priorisation du traitement des événements sentinelles (gravité importante ou potentiel de gravité important et récurrence) réfère à la valeur d'équité, tout comme l'offre de mesures de soutien aux personnes ayant subi un accident.

Enfin, cette politique est en conformité avec la planification stratégique du CISSS de Chaudière-Appalaches dont la sécurité est au cœur des soins et des services.

## 5. Objectifs

Cette politique de déclaration des incidents et accidents du CISSS de Chaudière-Appalaches a comme objectifs de :

- Développer une culture organisationnelle juste axée sur la sécurité de la clientèle;
- Présenter et décrire le processus de gestion des événements indésirables (déclaration AH-223-1, divulgation, analyse, amélioration des processus) et les outils associés;
- Définir les rôles et les responsabilités des acteurs impliqués dans la gestion d'un événement indésirable;
- Répondre aux exigences normatives.

## 6. Personnes visées

L'ensemble des gestionnaires, employés de l'établissement, médecins, résidents, stagiaires et bénévoles sont concernés par la politique. Toute personne, moyennant rétribution ou non, œuvrant dans une installation exploitée par le CISSS de Chaudière-Appalaches ou offrant des services aux usagers, en vertu de contrat de service(s) avec le CISSS, est visée par la politique. Par exemple, le bénévole qui œuvre à l'Hôpital de Saint-Georges de même que l'employé qui travaille dans une ressource de type familiale sont visés par cette politique. De sorte que, tout employé du CISSS de Chaudière-Appalaches, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de service (ressources non institutionnelles comprenant les ressources intermédiaires (RI), les ressources d'accueil (RA) et les ressources de type familial (RTF), dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers.

Les usagers devraient être informés de l'existence de cette politique ou, du moins, encouragés à communiquer tout risque à toute personne visée par celle-ci.

## 7. Responsabilités

Toute personne visée par cette politique a le devoir d'identifier les risques, d'en évaluer les conséquences et de prendre les mesures préventives nécessaires. Elle doit porter à la connaissance des personnes en autorité les situations à risque qui dépassent le cadre de ses fonctions.

### Déclarant

- Porte assistance à l'usager et s'assure qu'il reçoive l'aide, les soins et le soutien requis (tableau synthèse du suivi d'un incident ou d'un accident ([annexe III](#)));
- Applique les mesures correctives nécessaires dans l'immédiat afin d'éviter la récurrence de l'événement, selon les politiques et procédures en vigueur dans l'établissement;
- Contacte un médecin, si l'état de la victime nécessite une intervention ou un examen médical immédiat. Si aucun médecin n'est accessible sur les lieux de l'accident, un appel au 911 doit être logé afin d'organiser un transfert vers l'urgence;
- Informe immédiatement le gestionnaire ou son remplaçant (le soir, la nuit, les fins de semaine et jours fériés) lorsqu'il s'agit d'un événement avec conséquence majeure pour l'usager (événement sentinelle de gravité F, G, H ou I) selon la chaîne de communication ([annexe IV](#));
- Divulgue à l'usager, son représentant légal (inaptitude) ou un proche (si décès), toute l'information nécessaire relative à l'accident subi par cet usager et à l'origine de conséquences pour lui;
- Doit signaler verbalement, au curateur délégué, les accidents impliquant la personne inapte qu'il représente, dans un délai de 24 heures. En dehors des heures ouvrables, contacter le Curateur public de garde;
- Rédige les sections 1 à 9 du *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* (AH-223-1) ([annexe II](#));
- Identifie avec l'usager, si possible, des mesures susceptibles de prévenir la récurrence à la section 8 du rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1) ;
- Dépose l'original signé du *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* (AH-223-1) au dossier de l'usager ;
- Achemine, lorsque la version papier est utilisée, la copie jaune du rapport au gestionnaire à l'intérieur d'un délai de 24 heures suivant l'événement ou sa découverte ;
- Participe à l'analyse approfondie de l'incident ou de l'accident, lorsque requis ;
- Collabore et participe au comité de retour sur l'expérience (CREX).

### Gestionnaire, coordonnateur d'activités (soir, nuit et fin de semaine), responsable de garde

- Le gestionnaire a la responsabilité du suivi des déclarations d'incident ou d'accident même si, dans sa gestion quotidienne, il en délègue une partie à une autre personne;
- S'assure de procurer les soins et mesures de soutien nécessaires à la réduction des conséquences pour l'usager et ses proches;
- Vérifie que l'accident ait été ou soit communiqué au médecin traitant ou de garde, si l'état de santé de l'usager nécessite une intervention ou un examen médical immédiat. Si aucun médecin n'est accessible sur les lieux de l'accident, un appel au 911 doit être logé afin d'organiser un transfert vers l'urgence;
- Met en place les correctifs nécessaires afin d'éviter la récurrence d'un tel événement indésirable;
- S'assure de procurer le soutien nécessaire aux employés touchés par l'événement indésirable (par exemple : en se référant au « Programme d'aide aux employés »);
- S'assure qu'un avis au coroner ait été fait par le médecin pour les événements de gravité I, s'il y a lieu;
- S'assure que la déclaration de l'événement ait été faite et, le cas échéant, révise le *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* (AH-223-1), afin d'être certain que celui-ci est rempli de façon adéquate et complète;

- Communique l'événement sentinelle aux personnes concernées, selon la chaîne de communication ([annexe IV](#));
- S'assure que la divulgation soit réalisée selon le règlement portant sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et mesure de soutien<sup>11</sup>;
- Remplit les sections de l'analyse sommaire (sections 10 à 13) et signe le *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* (AH-223-1). Au besoin, le gestionnaire peut être supporté par un membre de son équipe pour compléter l'analyse sommaire, mais il doit en faire la lecture et le signer;
- Assure le suivi des rapports de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1) qui relèvent de son unité dans un délai maximal de 7 jours ouvrables ou réfère le rapport de déclaration au gestionnaire responsable de l'activité en cause, le cas échéant;
- Achemine, lorsque la version papier du *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* (AH-223-1) est utilisée, dans les 7 jours qui suivent l'événement et avant la fin de chaque période financière;
- Collabore avec l'agent de planification, de programmation et de recherche (ci-après nommé : « APPR ») à la Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services et le personnel concerné, à la démarche d'analyse approfondie des événements sentinelles, dans un délai raisonnable ;
- Collabore et participe au CREX;
- Collabore à la rédaction du plan d'action issu du CREX;
- Présente les échéanciers du plan d'action découlant du CREX dans un délai de 6 semaines ;
- Assure la mise en place et le suivi des pistes d'amélioration dans un délai raisonnable;
- Effectue la mise à jour de son plan d'action de façon trimestrielle et l'achemine au service de la Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services;
- Identifie des mesures de soutien nécessaires selon les besoins exprimés par l'employé « Programme d'aide aux employés (PAE) ».

#### **Médecin**

- Porte secours et prodigue les traitements à l'usager touché par l'accident, s'il y a lieu ;
- Déclare au moyen du *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* (AH-223-1) les incidents et les accidents dont il est témoin ou survenant dans le cadre de son exercice professionnel ;
- S'il y a préjudice, contribue ou initie le processus de divulgation<sup>12</sup>;
- Collabore et participe au CREX ;
- Lors d'un décès, soit d'un événement de gravité I, avise un coroner à la suite de son constat d'un décès :
  - dont il ne peut établir les causes probables;
  - ou qui lui apparaît être survenu à la suite de négligence ou dans des circonstances obscures ou violentes (accident, incendie ou tout autre sinistre par exemple, homicide, suicide)<sup>13</sup>;
  - ou dont l'identité de la personne décédée est inconnue.

#### **Conseiller à la gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services**

- Assiste, conseille et soutient les acteurs de la présente politique;
- Prend connaissance du contenu du *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* (AH-223-1) et, s'il y a lieu, en collaboration avec le gestionnaire concerné, s'assure de l'analyse de l'événement indésirable et de l'application de mesures correctives pour en prévenir la récurrence;
- Participe à la divulgation initiale<sup>14</sup>, au besoin, et offre des mesures de soutien, le cas échéant;

<sup>11</sup> Règlement portant sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et mesure de soutien

<sup>12</sup> Règlement portant sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et mesure de soutien

<sup>13</sup> Art. 34 et s. de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances de décès (chapitre R-0.2) ; Politique Décès survenant au sein d'une installation du CISSS de Chaudière-Appalaches ou d'une ressource contractuelle

<sup>14</sup> Règlement portant sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et mesure de soutien

- Signale au responsable du programme d'assurances, les dossiers répondants aux critères établis;
- Évalue la pertinence de procéder à une analyse approfondie selon les critères établis;
- Coordonne l'analyse approfondie des événements sentinelles avec les acteurs concernés;
- Planifie, avec le gestionnaire, un CREX avec les acteurs concernés;
- Collabore à l'élaboration d'un plan d'action lors d'événements sentinelles;
- S'assure de la mise en œuvre des pistes d'amélioration permettant de prévenir la récurrence;
- Procède à la divulgation subséquente<sup>15</sup>, le cas échéant, et offre des mesures de soutien, le cas échéant;
- Présente le bilan des événements sentinelles aux comités de prestation sécuritaire de soins et services (CPSSS) et aux autres instances concernées.

#### **Service de la Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services**

- Élabore le registre local des incidents et accidents et transmet les informations requises au registre national;
- Assure la vigie de la compléction des plans d'action issus des CREX dans les délais établis;
- Dresse le bilan des événements avec conséquence(s) majeure(s) et des événements sentinelles au comité de gestion des risques et aux autres instances concernées.

#### **Directeur de programme**

- S'assure de la diffusion et de l'application de la présente politique et de la procédure qui en découle;
- S'assure du suivi accordé aux événements sentinelles par les gestionnaires qui relèvent de sa direction;
- S'assure de la réalisation des plans d'action et des pistes d'amélioration qui relèvent de sa direction.

#### **Directeur de garde (soir, nuit, fin de semaine)**

- Dès qu'il est avisé d'un accident ayant entraîné des dommages matériels importants, informe immédiatement les assureurs (se réfère à la procédure de la valise de garde);
- Applique la chaîne de communication établie pour les événements sentinelles ([annexe IV](#)).

#### **Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques**

- Collabore, avec le gestionnaire, à l'offre des mesures de soutien demandées ou exprimées par l'employé.

## **8. Exclusions**

#### **Sont exclus de la présente politique :**

- Les accidents de travail qui doivent être déclarés en utilisant le formulaire prévu à cet effet par l'établissement (*Déclaration de l'employé et analyse d'accident du travail ou d'une situation à risque* (DAAT-12)). Une fois rempli et signé, il doit être retourné au Service de prévention et du bien-être au travail. Dans une telle situation, le *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* (AH-223-1) n'a pas à être rempli;
- Les effets indésirables inhérents au traitement et les complications prévisibles de la maladie ;
- Les infections nosocomiales qui doivent être signalées au Service de prévention et contrôle des infections;
- Les incidents et accidents transfusionnels qui doivent être déclarés au moyen du formulaire *Rapport d'incident/accident transfusionnel* (AH-520) ([annexe V](#));

<sup>15</sup> Règlement portant sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et mesure de soutien

- Certains événements répétitifs au sens des lignes directrices du ministère<sup>16</sup>. Se référer au guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident et d'accident AH-223-1;
- Les événements indésirables concernant les visiteurs ne doivent pas être déclarés au moyen du formulaire AH-223-1. Cependant, ils doivent tout de même faire l'objet d'une analyse des processus en cause et de leur amélioration, lorsqu'ils sont évitables;
- Lors de l'analyse d'un événement indésirable, toute lacune relative aux compétences d'un employé, le non-respect de ses obligations déontologiques ou sa transgression d'une règle, doivent être confiés à son gestionnaire ou au responsable des ressources humaines. Seuls les processus concernent cette politique;
- Les événements survenant dans les résidences privées pour personnes âgées (RPA), car elles ne sont pas des établissements au sens de la LSSSS. La déclaration des événements doit se faire selon le document de certification des résidences privées pour personnes âgées, émis par le MSSS;
- Les événements de type non-conformités au laboratoire doivent être déclarés uniquement au registre des non-conformités du laboratoire si la gravité est inférieure à D. Pour tout événement de gravité D et plus, la déclaration doit se faire conjointement sur le formulaire AH-223-1 et au registre des non-conformités du laboratoire.

Le tableau suivant résume le processus de gestion d'un événement indésirable, selon son statut et sa gravité.

**Tableau 1 : Gestion des évènement et utilisation des outils**

---

<sup>16</sup> Direction de la qualité du MSSS (novembre 2011). Système d'information sur la sécurité des soins et services : Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux. MSSS : Québec.

Statut	Gravité	Déclaration	Analyse sommaire	Analyse approfondie	Divulgation (CF règlement)
Incident	A			<u>Au besoin</u> , par le gestionnaire et si nécessaire avec le soutien du conseiller en gestion des risques du Service de la gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et des services (GIRPSSS).	Aucune
	B				
Accident	C	Tous les incidents et les accidents doivent être déclarés et enregistrés dans le registre local/national.	Dans tous les cas, doit être remplie par le gestionnaire.	<u>Facultative</u> , par l'infirmière, le gestionnaire ou le médecin.	<u>Dans tous les cas</u> , par l'infirmière, le gestionnaire et/ou le médecin.
	D				
	E1			<u>Dans tous les cas</u> , coordonnée par le conseiller en gestion des risques de la GIRPSSS.	<u>Dans tous les cas</u> , par l'infirmière, le gestionnaire, le médecin et/ou le conseiller en gestion des risques de la GIRPSSS.
	E2				
	F				
Accident sentinelle	G				
	H				
	I				
Formulaires utilisés :		AH-223-1 (annexe 2)	Aucun	AH-223-3	
Cheminement des copies papier (s'il y a lieu).		<u>Copie blanche</u> : déposée au dossier de l'usager. <u>Copie jaune</u> : acheminée par courrier interne à la Gestion des risques au siège social à Sainte-Marie.			Idem à AH-223-1

## 9. Particularités relatives aux incidents et accidents applicables à certains secteurs d'activités ou types d'évènements indésirables

### a. Laboratoire

Pour éviter la double déclaration de ce type d'événement, soit celle des non-conformités et des événements indésirables, au sens du formulaire AH-223-1, seuls certains de ces événements se produisant au laboratoire sont déclarés au moyen de ce formulaire, soient :

- les accidents de gravités D et plus;
- les événements sentinelles.

Les événements de type non-conformités au laboratoire doivent être déclarés uniquement au registre des non-conformités du laboratoire si la gravité est inférieure à D. Pour tout évènement de gravité D et plus, la déclaration doit se faire conjointement sur le formulaire AH-223-1 et au registre des non-conformités du laboratoire.

### b. Banque de sang - Incident/accident transfusionnel

Les incidents et accidents transfusionnels ainsi que les réactions ou effets indésirables, mais prévisibles, suite à la transfusion, font l'objet d'une déclaration obligatoire au comité d'hémovigilance provincial. Dans tous les cas, seul le formulaire AH-520 doit être rempli ([annexe V](#)). Le *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1* ([annexe II](#)) n'a pas à être rempli.

#### c. Retraitements des dispositifs médicaux

Les incidents et accidents en lien avec le retraitement des dispositifs médicaux doivent être déclarés en complétant le *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1*. La gestion des risques avisera le répondant local de retraitement des dispositifs médicaux afin que celui-ci puisse effectuer l'analyse détaillée de l'incident ou accident déclaré, à l'aide du formulaire AH-223-2-RDM ([annexe VI](#)).

#### d. Aggression d'un usager envers un autre usager

Les agressions entre usagers doivent être déclarées systématiquement au formulaire AH-223-1 pour l'usager agressé, en y précisant le numéro de dossier de l'usager qui a commis l'agression. Si l'usager qui a commis l'agression a également été blessé lors de l'événement, le formulaire AH-223-1 doit aussi être rempli pour lui.

Cet événement doit être signalé au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement si l'usager blessé :

- Est une personne hébergée dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un CHSLD au sens de la LSSSS;
- Est sous tutelle ou curatelle ou est protégé en vertu d'un mandat de protection homologué.

Si l'usager blessé ne correspond pas à ces catégories, un signalement peut également être fait au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, conformément aux dispositions de la politique adoptée par l'établissement en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

### 10. Directives à suivre lors d'un évènement sentinel

#### a. Communication d'un événement sentinel

Dans le cas d'un événement sentinel *potentiel*, le conseiller en gestion des risques du Service de la gestion intégrée des risques et à prestation sécuritaire des soins et services ou le coordonnateur d'activités, lorsque l'évènement survient en dehors des heures régulières de travail, doit être avisé. L'évènement sera évalué selon les critères établis par le service de la Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services.

#### b. Formulaires pertinents

Le conseiller en gestion des risques du Service de la gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services doit s'assurer que les formulaires ont été remplis par les personnes concernées :

- Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1;
- Rapport d'analyse d'incident ou d'accident AH-223-2 ( facultatif);
- Rapport de divulgation d'accident AH-223-3 facultatif).

#### c. Les étapes du processus de gestion des événements sentinelles

Les étapes du processus de gestion des événements sentinelles sont les suivantes :

- Premiers secours et soins apportés à l'usager;
- La déclaration;
- La divulgation initiale à l'usager, son représentant légal (inaptitude) ou un proche (si décès);
- Les mesures de soutien aux usagers et à ses proches;
- Les mesures de soutien au personnel;
- La collecte de données pertinentes;
- Les communications requises;
- L'analyse et plan d'action (CREX);
- La divulgation subséquente à l'usager, son représentant légal (inaptitude) ou un proche (si décès);
- Présentation de l'analyse rétrospective au comité de gestion des risques;
- Présentation sommaire de l'analyse rétrospective au comité de direction, si besoin.

**d. Conservation du dossier**

Une fois fermé, le dossier d'analyse doit être conservé selon les règles du calendrier de conservation de l'établissement.

## 11. Évaluation et révision

Le cas échéant, la présente politique sera mise à jour à la suite de modifications apportées aux processus internes de gestion ayant un rapport direct avec un ou des éléments de son contenu. Sinon, elle sera obligatoirement révisée aux cinq ans, que cette révision entraîne ou non une modification au contenu.

La présente politique entre en vigueur le jour de son approbation par le conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Elle abroge et remplace toute autre politique ou procédure précédemment émise dans l'une ou l'autre des anciennes organisations du CISSS de Chaudière-Appalaches.

HISTORIQUE DES VERSIONS (du plus ancien au plus récent)		
Numéro et titre	Date de révision	
POL_DQEPE_2016-102.A    Politique de déclaration des incidents et des accidents	26 novembre 2019	

## Annexe I : Échelle de gravité

Section 12 : Gravité de l'événement		
INCIDENT	A	Circstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'usager (situation à risque). <ul style="list-style-type: none"> <li>Tuile du revêtement de plancher brisée, flaque d'eau sur le plancher.</li> <li>Chariot de médicaments non barré dans le corridor. Un instrument oublié sur un chariot (par exemple : ciseaux)</li> <li>Au moment de l'inspection d'une chambre, un intervenant trouve une arme artisanale.</li> <li>Étiquette sur contenant ou sachet de médicaments qui se décolle ou n'est pas en bon état.</li> <li>Ridelles de lit défectueuses.</li> </ul>
	B	Un événement indésirable est survenu, mais l'usager n'a pas été touché (échappée belle). <ul style="list-style-type: none"> <li>La pharmacie a livré le mauvais médicament et le personnel infirmier s'aperçoit de l'erreur avant qu'un usager soit touché.</li> <li>Défectuosité du levier pour effectuer les transferts repérés avant utilisation.</li> </ul>
Divulgation facultative	C	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager, sans lui causer de conséquence. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention). <ul style="list-style-type: none"> <li>Un usager a reçu la mauvaise dose de médicaments (par ex. : acétaminophène 250 mg au lieu de 500 mg), mais cela n'a eu aucune conséquence.</li> <li>Un usager glisse de sa chaise. Aucune douleur ni blessure n'est constatée.</li> </ul>
ACCIDENT	D*	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et des vérifications additionnelles (surveillance, tests ou examens physiques, modification au plan d'intervention, accompagnement) ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquence. <ul style="list-style-type: none"> <li>Un usager a reçu la mauvaise dose d'insuline. Des contrôles glycémiques sont requis pour s'assurer que la glycémie demeure dans les limites normales.</li> <li>Un usager chute en circulant au corridor. On procède à un examen physique afin de s'assurer qu'il n'y a pas de blessure.</li> <li>Un usager chute lors d'un exercice de réadaptation physique. On procède à un examen et on modifie la fréquence des séances qui étaient planifiées.</li> <li>Deux jeunes se cognent la tête lors de la pratique d'un sport. Aucune blessure n'est constatée. Une surveillance est établie afin de s'assurer qu'il n'y a pas de commotion.</li> </ul>
Divulgation obligatoire pour les gravités D, E1, E2, F, G, H, I	E1	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées (premiers soins, pansement, glace, désinfection). Aucune hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation n'est requise. <ul style="list-style-type: none"> <li>Lors d'une intervention en physiothérapie, la défectuosité d'un équipement d'électrothérapie cause des brûlures superficielles.</li> <li>Un usager s'érafle la main sur sa chaise roulante. On désinfecte la plâie et on applique un pansement.</li> <li>Un jeune s'automutilé et s'infiltre des blessures superficielles avec un trombone. Un procédé à une désinfection.</li> </ul>
Divulgation obligatoire pour les gravités D, E1, E2, F, G, H, I	E2	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés qui vont au-delà des services courants (RX, consultation, examens de laboratoire), mais qui n'ont aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins. <ul style="list-style-type: none"> <li>Un usager a fait une chute occasionnant une laceration profonde du cuir chevelu. Des points de suture sont nécessaires.</li> <li>Un usager se fait mordre par le chien de sa famille d'accueil. Des tests sanguins sont nécessaires et un vaccin est administré.</li> <li>Suite à une erreur liée à la médication, des effets secondaires sont constatés et on doit lui administrer un antidote.</li> <li>La prothèse dentaire d'un usager est brisée lors du nettoyage par un membre du personnel. Une consultation est nécessaire afin de remplacer la prothèse.</li> </ul>
Divulgation obligatoire pour les gravités D, E1, E2, F, G, H, I	F	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences temporaires exigeant des soins / traitements supplémentaires spécialisés et qui ont un impact sur la nécessité / durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement. <ul style="list-style-type: none"> <li>Un usager s'est infligé une fracture en faisant une chute. Une chirurgie et un suivi en réadaptation ont été nécessaires.</li> <li>Surdosage de RX nécessitant une surveillance aux soins intensifs et une consultation en médecin interne.</li> <li>Après avoir été en contact avec une substance à laquelle il était allergique, un usager est hospitalisé afin d'assurer une surveillance.</li> <li>Un jeune fait une tentative de suicide en avalant des produits toxiques. Il est transféré à l'hôpital où il est gardé en observation pour quelques jours.</li> </ul>
Divulgation obligatoire pour les gravités D, E1, E2, F, G, H, I	G	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives ou psychologiques. <ul style="list-style-type: none"> <li>Suite à l'administration d'une trop grande quantité de médicaments (surdose), l'usager présente des séquelles permanentes (par exemple : surdité).</li> <li>Bracelet anti fatigue non fonctionnel. Usager porté disparu depuis deux heures. Retrouvé en pyjama à l'extérieur alors qu'il fait moins 25 °C.</li> <li>Hypothermie et engelures aux pieds. Hospitalisation requise et amputation de deux orteils.</li> <li>Un usager fait une chute et se fracture une hanche. Aucune chirurgie n'est possible et il demeure avec une incapacité permanente de mobilité.</li> </ul>
Divulgation obligatoire pour les gravités D, E1, E2, F, G, H, I	H	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire). <ul style="list-style-type: none"> <li>Lors d'une épreuve diagnostique en imagerie médicale, la solution de contraste iv a été remplacée par erreur par une autre substance, ce qui a provoqué des dommages cérébraux irréversibles. Transfert aux soins intensifs, ventilation assistée.</li> <li>Une pompe PCA est défectueuse et un usager reçoit une dose supérieure de narcotique, provoquant une détresse respiratoire sévère. Une ventilation assistée et l'administration d'une dose de Narcan sont nécessaires.</li> </ul>
Divulgation obligatoire pour les gravités D, E1, E2, F, G, H, I	I	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès. <ul style="list-style-type: none"> <li>Chute d'un usager dans la cage d'escalier, traumatismes multiples occasionnant la mort.</li> <li>Surdose de narcotique provoquant un arrêt cardio-respiratoire et décès.</li> <li>Un usager, connu pour une allergie alimentaire sévère a été en contact avec un des aliments auxquels il est allergique. Son décès a été constaté par la suite.</li> </ul>

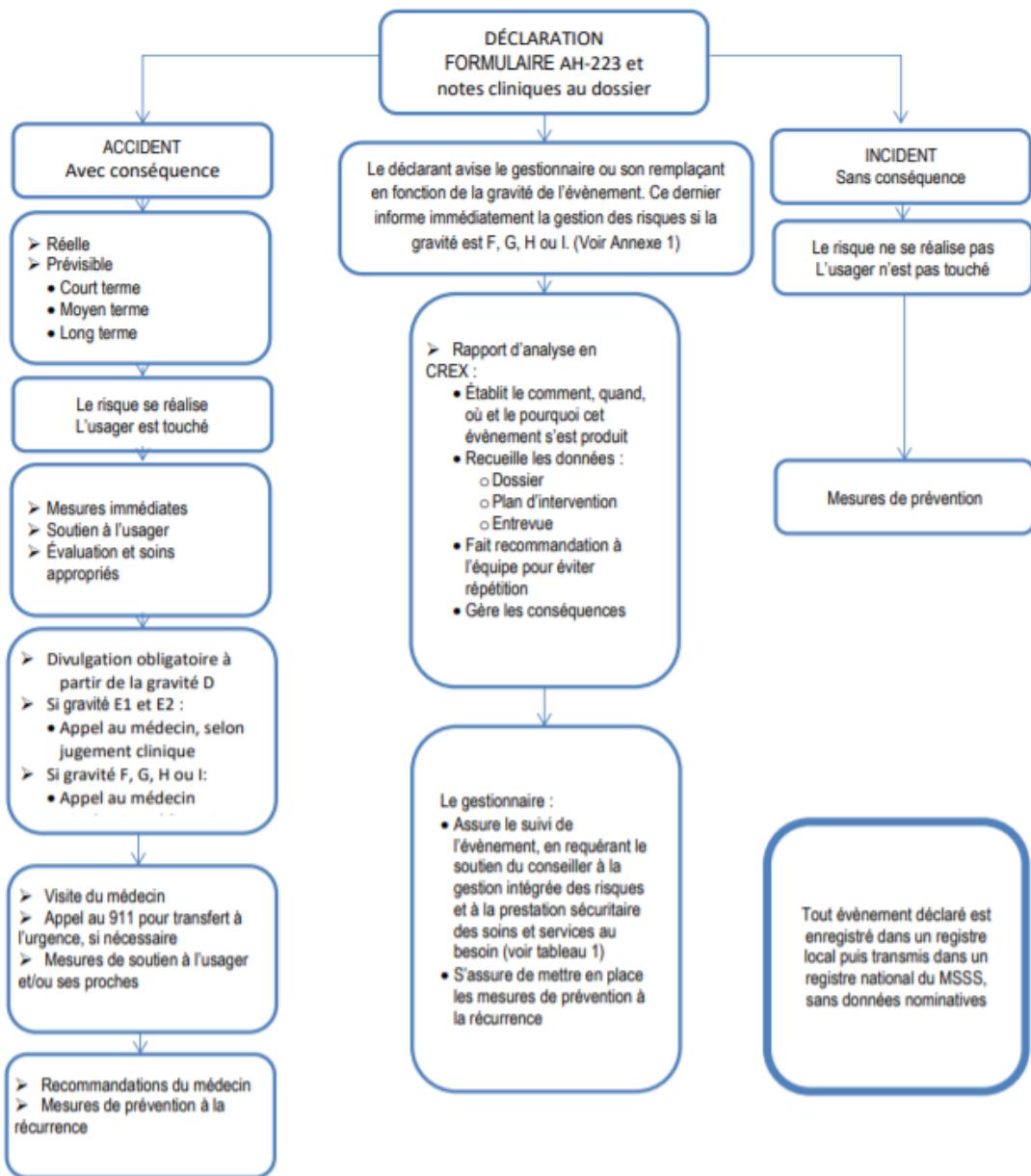
\* À partir du moment où on doit faire des tests ou procéder à des examens, on doit obtenir le consentement éclairé de l'usager. On doit donc l'informer des raisons justifiant ces interventions non prévues.

## Annexe II : Rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1)

<input type="text" value="N° de l'événement"/>	<b>RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT</b>  DT9034	<input type="text" value="N° du formulaire&lt;br/&gt;&lt;b&gt;4005801&lt;/b&gt;"/>																																																																																								
<b>Section 1 : Identification de la personne touchée</b> Type de personne touchée : <input type="checkbox"/> Aucune (si oui, passez à la section 2) <input type="checkbox"/> Usager <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Année</td> <td style="width: 15%;">Mois</td> <td style="width: 15%;">Jour</td> <td style="width: 15%;">N° de chambre</td> <td style="width: 15%;">N° de dossier</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> Nom et prénom à la naissance : Nom usuel ou nom du conjoint : Adresse : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Code postal</td> <td style="width: 30%;">Ind. reg.</td> <td style="width: 30%;">Téléphone</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sexe</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> F</td> </tr> </table> N° d'assurance maladie :      Nom du médecin traitant :			Année	Mois	Jour	N° de chambre	N° de dossier						Code postal	Ind. reg.	Téléphone				Sexe			<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> F																																																																		
Année	Mois	Jour	N° de chambre	N° de dossier																																																																																						
Code postal	Ind. reg.	Téléphone																																																																																								
Sexe																																																																																										
<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> F																																																																																								
<b>Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2" style="width: 15%;">Événement</th> <th colspan="2" style="width: 30%;">Date</th> <th colspan="2" style="width: 30%;">Heure</th> <th rowspan="2" style="width: 15%; text-align: center;">Réelle Estimée Indéterminée</th> </tr> <tr> <th>Année</th> <th>Mois</th> <th>Jour</th> <th>Heure</th> <th>Min.</th> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2" style="width: 15%;">Constat</th> <th colspan="2" style="width: 30%;">Date</th> <th colspan="2" style="width: 30%;">Heure</th> <th rowspan="2" style="width: 15%; text-align: center;">Réelle Estimée Indéterminée</th> </tr> <tr> <th>Année</th> <th>Mois</th> <th>Jour</th> <th>Heure</th> <th>Min.</th> </tr> </table> Lieu où s'est produit l'événement : (précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :			Événement	Date		Heure		Réelle Estimée Indéterminée	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	Constat	Date		Heure		Réelle Estimée Indéterminée	Année	Mois	Jour	Heure	Min.																																																																		
Événement	Date			Heure		Réelle Estimée Indéterminée																																																																																				
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.																																																																																					
Constat	Date		Heure		Réelle Estimée Indéterminée																																																																																					
	Année	Mois	Jour	Heure		Min.																																																																																				
<b>Information sur l'usager</b> Curatelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui      Type de déficience : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Cognitive <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Langage Si oui : <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Publique      Motrice <input type="checkbox"/> Multidéficiences <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Visuelle																																																																																										
<b>Situation préalable</b> État de la personne : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Désorienté/confus <input type="checkbox"/> Agressif/violent <input type="checkbox"/> Comateux Capacité de déplacement :      Surveillance requise : Autonomie : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Dépendance totale <input type="checkbox"/> Inconnue      Usuelle <input type="checkbox"/> Étroite <input type="checkbox"/> Continuelle <input type="checkbox"/> Inconnue																																																																																										
<b>Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement</b> (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)																																																																																										
<b>Section 4 : Type d'événement</b> (Faire un choix de A à G) <b>A- Chute :</b> <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Quasi-chute      (décrivez les circonstances précises – veuillez cocher la case appropriée) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Bain/douche</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Chaise/fauteuil</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Civière</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> En circulant</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Escalier</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Lève-personne</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Lit</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Lors d'activités</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lors d'un transfert</td> <td><input type="checkbox"/> Toilette</td> <td><input type="checkbox"/> Trouvé par terre</td> <td><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table> <b>B- Erreur de :</b> <input type="checkbox"/> Médicament <input type="checkbox"/> Traitement/intervention <input type="checkbox"/> Diète <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Allergie connue</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Conservation/entreposage</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Disparition/décompte</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Disponibilité</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Dose/débit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heure/date d'administration</td> <td><input type="checkbox"/> Identité de l'usager</td> <td><input type="checkbox"/> Infiltration/extravasation</td> <td><input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure/protocole</td> <td><input type="checkbox"/> Omission</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Péremption</td> <td><input type="checkbox"/> Trouvé</td> <td><input type="checkbox"/> Type/sorte/texture/consistance</td> <td><input type="checkbox"/> Voie d'administration</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Autre (précisez) : _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <b>a</b> Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré <b>b</b> Médicament/traitement/intervention prescrit/diète qui aurait dû être administré <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Identification</th> <th>Dose</th> <th>Voie</th> <th>Heure</th> <th>Identification</th> <th>Dose</th> <th>Voie</th> <th>Heure</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table> Autres renseignements :			<input type="checkbox"/> Bain/douche	<input type="checkbox"/> Chaise/fauteuil	<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> En circulant	<input type="checkbox"/> Escalier	<input type="checkbox"/> Lève-personne	<input type="checkbox"/> Lit	<input type="checkbox"/> Lors d'activités	<input type="checkbox"/> Lors d'un transfert	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Trouvé par terre	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____						<input type="checkbox"/> Allergie connue	<input type="checkbox"/> Conservation/entreposage	<input type="checkbox"/> Disparition/décompte	<input type="checkbox"/> Disponibilité	<input type="checkbox"/> Dose/débit	<input type="checkbox"/> Heure/date d'administration	<input type="checkbox"/> Identité de l'usager	<input type="checkbox"/> Infiltration/extravasation	<input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure/protocole	<input type="checkbox"/> Omission	<input type="checkbox"/> Péremption	<input type="checkbox"/> Trouvé	<input type="checkbox"/> Type/sorte/texture/consistance	<input type="checkbox"/> Voie d'administration			Autre (précisez) : _____							Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure																																								
<input type="checkbox"/> Bain/douche	<input type="checkbox"/> Chaise/fauteuil	<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> En circulant	<input type="checkbox"/> Escalier	<input type="checkbox"/> Lève-personne	<input type="checkbox"/> Lit	<input type="checkbox"/> Lors d'activités																																																																																			
<input type="checkbox"/> Lors d'un transfert	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Trouvé par terre	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____																																																																																							
<input type="checkbox"/> Allergie connue	<input type="checkbox"/> Conservation/entreposage	<input type="checkbox"/> Disparition/décompte	<input type="checkbox"/> Disponibilité	<input type="checkbox"/> Dose/débit																																																																																						
<input type="checkbox"/> Heure/date d'administration	<input type="checkbox"/> Identité de l'usager	<input type="checkbox"/> Infiltration/extravasation	<input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure/protocole	<input type="checkbox"/> Omission																																																																																						
<input type="checkbox"/> Péremption	<input type="checkbox"/> Trouvé	<input type="checkbox"/> Type/sorte/texture/consistance	<input type="checkbox"/> Voie d'administration																																																																																							
Autre (précisez) : _____																																																																																										
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure																																																																																			
<b>C- Test diagnostique :</b> <b>□ Laboratoire</b> <input type="checkbox"/> Pré-analytique <input type="checkbox"/> Analytique <input type="checkbox"/> Post-analytique <input type="checkbox"/> Description <input type="checkbox"/> Erreur de saisie liée à l'ordonnance <input type="checkbox"/> Erreur liée à l'identification <input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Identification																																																																																										
<b>RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT</b> DOSSIER DE L'USAGER																																																																																										
AH-223-1 DT9034 (rev. 2021-02)      Précisez les mesures/actions à prendre pour prévenir la récurrence d'un tel événement :																																																																																										
<b>Section 9 : Témoin(s) de l'événement</b> Nom et numéro de téléphone (adresse au besoin) :      Fonction ou type en lien avec l'usager																																																																																										
<b>(Le gestionnaire responsable du suivi doit remplir les sections 10 à 13)</b>																																																																																										
<b>Section 10 : Causes possibles</b> <input type="checkbox"/> Inconnues <input type="checkbox"/> Environnementales <input type="checkbox"/> Liées à l'organisation du travail <input type="checkbox"/> Liées à la personne touchée <input type="checkbox"/> Liées à un fournisseur <input type="checkbox"/> Liées aux facteurs humains <input type="checkbox"/> Autres types de causes (précisez) : _____ Précisez :																																																																																										
Lorsque erreur de médication précisez l'étape du circuit <input type="checkbox"/> Approvisionnement <input type="checkbox"/> Émission de l'ordonnance <input type="checkbox"/> Traitement de l'ordonnance à la pharmacie <input type="checkbox"/> Gestion de la médication à l'unité de soins/service/ressource d'hébergement																																																																																										
<b>RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT</b> DOSSIER DE GESTION DES RISQUES <small>(copie confidentielle)</small>																																																																																										

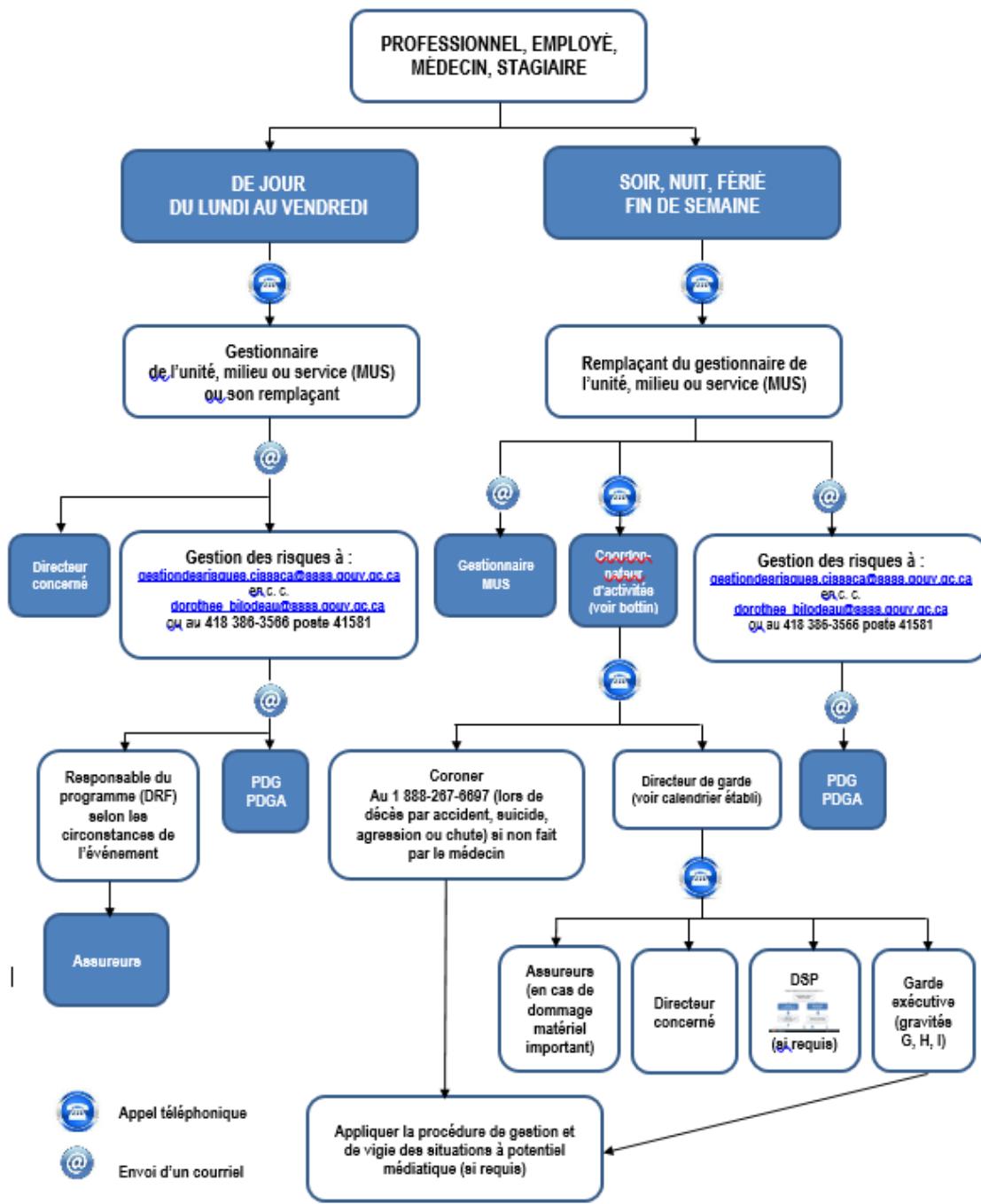
N° du formulaire <b>4005801</b>						
Nom de l'usager	N° de dossier					
<b>Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)</b>						
<b>C- Test diagnostique</b>						
<input type="checkbox"/> <b>Imagerie</b> <input type="checkbox"/> Angiographie <input type="checkbox"/> Échographie <input type="checkbox"/> Fluoroscopie <input type="checkbox"/> IRM (résonance magnétique) <input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie <input type="checkbox"/> Radiographie <input type="checkbox"/> SPECT (tomographie d'émission monophotonique) <input type="checkbox"/> Stéréotaxie <input type="checkbox"/> TEP Scan (tomographie par émission de positrons) <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie <input type="checkbox"/> Autre test (précisez) : _____ Type : <input type="checkbox"/> Dose <input type="checkbox"/> Examen prescrit <input type="checkbox"/> Identité de l'usager <input type="checkbox"/> Qualité de l'image clinique <input type="checkbox"/> Protocole administré <input type="checkbox"/> Réaction indésirable <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____						
<b>Examen/Protocole qui a effectivement été administré</b>	<b>Examen/Protocole prescrit qui aurait dû être administré</b>					
Identification	Identification					
Autres renseignements :						
<b>D- Problème de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)</b>						
<input type="checkbox"/> Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) <input type="checkbox"/> Utilisation d'un matériel médical à usage unique critique ou semi-critique retraité par l'établissement (MMUU)						
<b>E- Problème de :</b> <input type="checkbox"/> Matériel <input type="checkbox"/> Équipement <input type="checkbox"/> Bâtiment <input type="checkbox"/> Effet personnel						
Description du matériel/de l'équipement/du bâtiment/de l'effet personnel en cause :						
<input type="checkbox"/> Bris/défectuosité <input type="checkbox"/> Dégât d'eau <input type="checkbox"/> Disparition/perte <input type="checkbox"/> Disponibilité <input type="checkbox"/> Incendie <input type="checkbox"/> Panne d'ascenseur <input type="checkbox"/> Panne électrique <input type="checkbox"/> Panne informatique <input type="checkbox"/> Panne système télécom. <input type="checkbox"/> Programmation <input type="checkbox"/> Salubrité <input type="checkbox"/> Stérilité/bris d'asepsie <input type="checkbox"/> Utilisation non conforme <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____						
<b>F- Problème d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation</b>						
<input type="checkbox"/> Abus <input type="checkbox"/> Aggression <input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Intimidation    Type : <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Psychologique/verbal <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Financier						
<b>G- Autres types d'événements (veuillez cocher la case appropriée)</b>						
<input type="checkbox"/> Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.) <input type="checkbox"/> Automatisation <input type="checkbox"/> Blessure d'origine connue <input type="checkbox"/> Blessure d'origine inconnue <input type="checkbox"/> Bris de confidentialité <input type="checkbox"/> Décompte chirurgical inexact - omis <input type="checkbox"/> Défaut de port d'équipement/vêtement de protection <input type="checkbox"/> Désorganisation comportementale (avec blessure) <input type="checkbox"/> Erreur liée au dossier <input type="checkbox"/> Évasion (garde fermée) <input type="checkbox"/> Événement en lien avec une activité <input type="checkbox"/> Événement relié au transport <input type="checkbox"/> Fugue/disparition (encadrement intensif) <input type="checkbox"/> Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse <input type="checkbox"/> Lié au consentement <input type="checkbox"/> Lié à l'identification <input type="checkbox"/> Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions) <input type="checkbox"/> Obstruction respiratoire <input type="checkbox"/> Plaie de pression <input type="checkbox"/> Relation sexuelle en milieu d'hébergement <input type="checkbox"/> Tentative de suicide/suicide <input type="checkbox"/> Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____						
<b>Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))</b>						
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Psychologiques <input type="checkbox"/> Physiques <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____						
Décrivez les conséquences physiques (parties du corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.), psychologiques ou autres pour la personne touchée :						
_____						
_____						
<b>Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)</b>						
Décrivez les mesures prises :						
_____						
_____						
_____						
<b>Personnes avisées</b>	Nom : _____	Fonction ou lien : _____	Heure : _____	<input type="checkbox"/> Visite faite		
	Nom : _____	Fonction ou lien : _____	Heure : _____	<input type="checkbox"/> Visite faite		
	Nom : _____	Fonction ou lien : _____	Heure : _____	<input type="checkbox"/> Visite faite		
<b>Section 7 : Nom du déclarant (une seule personne)</b>						
Nom du déclarant (en lettres moulées) _____		Titre ou fonction _____	Numéro de permis _____	N° de poste _____	Signature _____	Date (année, mois, jour) _____
<b>RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT</b> <span style="float: right;"><b>DOSSIER DE L'USAGER</b></span>						
<input type="checkbox"/> A l'endroit de l'usager <input type="checkbox"/> A l'endroit du personnel <input type="checkbox"/> A l'endroit d'un intervenant contractuel <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____						
Autre mesure de prévention :						
_____						
_____						
_____						
Nom du gestionnaire ou responsable _____		Titre ou fonction _____	Numéro de permis _____	N° de poste _____	Signature _____	Date (année, mois, jour) _____
<b>Section 12 : Gravité</b>		<b>Incident</b>			<b>Accident</b>	
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Section 13 : Divulgation (obligatoire de D à I)</b>		<b>Divulgation :</b> <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Faite			<b>Documentation :</b> <input type="checkbox"/> Au dossier <input type="checkbox"/> Sur le « Rapport de divulgation »	
Personne(s) à qui est faite la divulgation :		<input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Représentant légal <input type="checkbox"/> Parents/proches <input type="checkbox"/> Autre			Nom, prénom, numéro de permis de la personne responsable de la divulgation _____ Date (année, mois, jour) _____	
_____		_____			_____	
_____		_____			_____	
<b>RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT</b> <span style="float: right;"><b>DOSSIER DE GESTION DES RISQUES</b></span>						
AH-223-1 DT9034 (rév. 2021-02)						

### Annexe III : Tableau synthèse du suivi d'un accident ou d'un incident



## Annexe IV : Chaîne de communication

### CHAÎNE DE COMMUNICATION D'UN ACCIDENT DE GRAVITÉ F, G, H, I



RH - PGHS DOSSIER ADMINISTRATION ET DIRECTEURS/DIR. DES POLITIQUES, PROCÉDURES, RÉGLEMENTS/COURS GESTION GRP&R/OUTILS DE TRAVAIL/ALGORITHME/LLQ\_Chaine\_de\_communication\_2021-07-09.docx

## Annexe V : Rapport d'incident/accident transfusionnel (AH-520)

**DÉCLARATION  
D'ÉVÉNEMENT  
INDÉSIRABLE ASSOCIÉ  
À LA TRANSFUSION**



Nom de l'établissement :

**Section 2 – Événement**

Survenue	Date	Année	Mois	Jour	Heure
Lieu de l'événement :					

Erreur de procédure transfusionnelle ou  
dérogaition aux normes

Produit transfusé :  Oui  Non  Réaction transfusionnelle

**Section 3 – Réservé à la banque de sang**

Héma-Québec avisé :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro RT :	Date (année, mois, jour)	Heure
Culture du produit :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date (année, mois, jour)	Heure	Signature du technologiste

**Section 4 – Erreur de procédure transfusionnelle ou dérogation aux normes (cocher la case et préciser plus bas)**

<input type="checkbox"/> Absence d'identification	<input type="checkbox"/> Administration sans ordonnance	<input type="checkbox"/> Erreur de type de produit	<input type="checkbox"/> Erreur technique de laboratoire
<input type="checkbox"/> Erreur d'étiquetage	<input type="checkbox"/> Administration sans filtre	<input type="checkbox"/> Erreur de documentation	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
<input type="checkbox"/> Étiquetage non conforme	<input type="checkbox"/> Administré inutilement	<input type="checkbox"/> Liquide de perfusion incompatible	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Mauvais usager prélevé	<input type="checkbox"/> Destiné à une autre personne	<input type="checkbox"/> Temps d'administration trop long	
<input type="checkbox"/> Erreur de dose	<input type="checkbox"/> Erreur de dose		

Preciser l'erreur :

Nouveau spécimen demandé :  Oui  Non

**Section 5 – Produit(s) incriminé(s)**

Type de produit	Numéro de don (ou numéro de lot)	ABO Rh	Quantité administrée	Début de la transfusion	Fin de la transfusion					
		1/4	1/2	3/4	4/4	mL	Date	Heure	Date	Heure

Autres produits sanguins reçus dans les 6 heures précédant la réaction?  Oui  Non

**Section 6 – Réaction transfusionnelle**

Utilisation d'équipement :  Filtre  Pompe à débit  Réchauffe-sang  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Prémédication :  Antipyrétique  Antihistaminique  Corticosstéroïde  Diurétique

Manifestations cliniques (inscrire T° et TA dans tous les cas) T° pré °C T° post °C TA pré TApost Saturation pré % Saturation post %

Fièvre  Fitssons  Hypotension  Hypertension  Choc  Tachycardie  Nausées  Vomissements

Hématurie  Dyspnée  Tachypnée : RR \_\_\_\_\_ /min  Sibilances

Douleurs  Uticaria  Prurit  Erythème Préciser la localisation :

Manifestation tardive :  Ictère  Développement d'anéloscope, préciser :

Anémie Hb pré : \_\_\_\_\_ g/L Hb post : \_\_\_\_\_ g/L  Autre, préciser :

**Section 7 – Mesures prises**

<input type="checkbox"/> Arrêt de la transfusion	<input type="checkbox"/> Antibiotique	<input type="checkbox"/> Diurétique	<input type="checkbox"/> Hémocultures	<input type="checkbox"/> Soins intensifs requis
<input type="checkbox"/> Repise de la transfusion	<input type="checkbox"/> Antihistaminique	<input type="checkbox"/> Oxygène supplémentaire	<input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire	

Antipyrétique  Vasopresseur  Demande d'analyse(s) :

Corticosstéroïdes  Autre, préciser :

Personnes avisées

<input type="checkbox"/> Médecin	Preciser le nom	Date (année, mois, jour)	Heure
<input type="checkbox"/> Responsable de service	Preciser le nom	Date (année, mois, jour)	Heure
<input type="checkbox"/> Usager	Preciser le nom si représentant	Date (année, mois, jour)	Heure

<input type="checkbox"/> Déclarant	Nom et prénom	Signature	Date (année, mois, jour)	Heure
------------------------------------	---------------	-----------	--------------------------	-------

**DÉCLARATION  
D'ÉVÉNEMENT  
INDÉSIRABLE ASSOCIÉ  
À LA TRANSFUSION**



DT9260

Nom de l'établissement:

**Section 2 – Événement**

Survenue	Date	Année	Mois	Jour	Heure
Lieu de l'événement					

Erreur de procédure transfusionnelle ou dérogation aux normes

Produit transfusé :  Oui  Non

Réaction transfusionnelle

**Section 3 – Réserve à la banque de sang**

Héma-Québec avisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro RT :	Date (année, mois, jour)	Heure
Culture du produit : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date (année, mois, jour)	Heure	Signature du technologiste

**Section 4 – Erreur de procédure transfusionnelle ou dérogation aux normes (cocher la case et préciser plus bas)**

<input type="checkbox"/> Absence d'identification	<input type="checkbox"/> Administration sans ordonnance	<input type="checkbox"/> Erreur de type de produit	<input type="checkbox"/> Erreur technique de laboratoire
<input type="checkbox"/> Erreur d'étiquetage	<input type="checkbox"/> Administration sans filtre	<input type="checkbox"/> Erreur de documentation	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
<input type="checkbox"/> Étiquetage non conforme	<input type="checkbox"/> Administré inutilement	<input type="checkbox"/> Liquide de perfusion incompatible	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Destiné à une autre personne	<input type="checkbox"/> Temps d'administration trop long		
<input type="checkbox"/> Mauvais usager prélevé	<input type="checkbox"/> Erreur de dose		

Préciser l'erreur :

Nouveau spécimen demandé :  Oui  Non

**Section 5 – Produit(s) incriminé(s)**

Type de produit	Numéro de don (ou numéro de lot)	ABO Rh	Quantité administrée	Début de la transfusion	Fin de la transfusion					
		1/4	1/2	3/4	4/4	mL	Date	Heure	Date	Heure

**Section 8 – Description objective et détaillée de l'erreur (déclarant ou investigateur)**

Description du processus non respecté

Consequences sur l'état de l'usager

Actions correctives à instaurer

Investigateur ou déclarant	Nom et prénom	Date	Année	Mois	Jour	Heure
----------------------------	---------------	------	-------	------	------	-------

**Section 9 – Analyse de l'erreur et suivi des actions correctives (responsable de service)**

Divulgation : <input type="checkbox"/> Non obligatoire <input type="checkbox"/> À faire <input type="checkbox"/> Documentée au dossier	<input type="checkbox"/> Documentée sur le formulaire de divulgation d'accident AH-223-3
Divulgation faite à :	Personne responsable de la divulgation
<input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Parent(s) proche(s) <input type="checkbox"/> Représentant légal	Date (année, mois, jour) Heure Nom et prénom
Responsable de service	Nom et prénom Signature Date (année, mois, jour) Heure

## Annexe VI : Rapport d'analyse en retraitement des dispositifs médicaux (RARDM)

N° de l'événement	N° du formulaire de la déclaration																																																				
<b>RAPPORT D'ANALYSE EN RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (RARDM) Incidents et accidents</b>																																																					
Nom de l'établissement																																																					
<b>1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ANALYSE</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Date de début de l'analyse</td> <td style="width: 33%;">Année      Mois      Jour</td> <td style="width: 33%;">Date de fin de l'analyse</td> <td style="width: 33%;">Année      Mois      Jour</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Personne responsable de l'analyse</b></td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Adjoint(e) <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) PCI <input type="checkbox"/> Gestionnaire <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Préposé(e)         </td> </tr> <tr> <td>Nom, prénom</td> <td>Autre fonction</td> <td>Ind. rég.</td> <td>N° de téléphone</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>N° de poste</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Autres personnes ayant contribué</b></td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Adjoint(e) <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) PCI <input type="checkbox"/> Gestionnaire <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Préposé(e)         </td> </tr> <tr> <td>Nom, prénom</td> <td>Autre fonction</td> <td>Ind. rég.</td> <td>N° de téléphone</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>N° de poste</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Adjoint(e) <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) PCI <input type="checkbox"/> Gestionnaire <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Préposé(e)         </td> </tr> <tr> <td>Nom, prénom</td> <td>Autre fonction</td> <td>Ind. rég.</td> <td>N° de téléphone</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>N° de poste</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Évolution du suivi :</td> <td><input type="checkbox"/> Réalisé</td> <td><input type="checkbox"/> En cours de réalisation</td> <td><input type="checkbox"/> Non réalisé</td> <td><input type="checkbox"/> Abandonné</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Commentaires :</td> </tr> </table>		Date de début de l'analyse	Année      Mois      Jour	Date de fin de l'analyse	Année      Mois      Jour	<b>Personne responsable de l'analyse</b>		<input type="checkbox"/> Adjoint(e) <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) PCI <input type="checkbox"/> Gestionnaire <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Préposé(e)		Nom, prénom	Autre fonction	Ind. rég.	N° de téléphone				N° de poste	<b>Autres personnes ayant contribué</b>		<input type="checkbox"/> Adjoint(e) <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) PCI <input type="checkbox"/> Gestionnaire <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Préposé(e)		Nom, prénom	Autre fonction	Ind. rég.	N° de téléphone				N° de poste			<input type="checkbox"/> Adjoint(e) <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) PCI <input type="checkbox"/> Gestionnaire <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Préposé(e)		Nom, prénom	Autre fonction	Ind. rég.	N° de téléphone				N° de poste	Évolution du suivi :		<input type="checkbox"/> Réalisé	<input type="checkbox"/> En cours de réalisation	<input type="checkbox"/> Non réalisé	<input type="checkbox"/> Abandonné	Commentaires :					
Date de début de l'analyse	Année      Mois      Jour	Date de fin de l'analyse	Année      Mois      Jour																																																		
<b>Personne responsable de l'analyse</b>		<input type="checkbox"/> Adjoint(e) <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) PCI <input type="checkbox"/> Gestionnaire <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Préposé(e)																																																			
Nom, prénom	Autre fonction	Ind. rég.	N° de téléphone																																																		
			N° de poste																																																		
<b>Autres personnes ayant contribué</b>		<input type="checkbox"/> Adjoint(e) <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) PCI <input type="checkbox"/> Gestionnaire <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Préposé(e)																																																			
Nom, prénom	Autre fonction	Ind. rég.	N° de téléphone																																																		
			N° de poste																																																		
		<input type="checkbox"/> Adjoint(e) <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) PCI <input type="checkbox"/> Gestionnaire <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Préposé(e)																																																			
Nom, prénom	Autre fonction	Ind. rég.	N° de téléphone																																																		
			N° de poste																																																		
Évolution du suivi :		<input type="checkbox"/> Réalisé	<input type="checkbox"/> En cours de réalisation	<input type="checkbox"/> Non réalisé	<input type="checkbox"/> Abandonné																																																
Commentaires :																																																					
<b>2 RÉSUMÉ DE LA DÉCLARATION</b>																																																					
<b>3 STATUT, GRAVITÉ</b>																																																					
Incident : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B      Accident : <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Indéterminé																																																					
<b>4 INFORMATIONS SUR LE DISPOSITIF MÉDICAL (DM) IMPLIQUÉ</b>																																																					
N. B. : Veuillez cocher une seule catégorie de DM et une seule case par catégorie																																																					
<input type="checkbox"/> Dispositifs à moteur <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alésoir</td> <td><input type="checkbox"/> Dermatome</td> <td><input type="checkbox"/> Perceuse</td> <td><input type="checkbox"/> Scie oscillante</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Alésoir	<input type="checkbox"/> Dermatome	<input type="checkbox"/> Perceuse	<input type="checkbox"/> Scie oscillante	<input type="checkbox"/> Autre :																																															
<input type="checkbox"/> Alésoir	<input type="checkbox"/> Dermatome	<input type="checkbox"/> Perceuse	<input type="checkbox"/> Scie oscillante	<input type="checkbox"/> Autre :																																																	
<input type="checkbox"/> Dispositifs respiratoires et anesthésiques <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Circuits respiratoires</td> <td><input type="checkbox"/> Lames de laryngoscope</td> <td><input type="checkbox"/> Nébuliseurs</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dispositifs de réanimation cardio-respiratoire</td> <td><input type="checkbox"/> Masques</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Circuits respiratoires	<input type="checkbox"/> Lames de laryngoscope	<input type="checkbox"/> Nébuliseurs	<input type="checkbox"/> Dispositifs de réanimation cardio-respiratoire	<input type="checkbox"/> Masques	<input type="checkbox"/> Autre :																																														
<input type="checkbox"/> Circuits respiratoires	<input type="checkbox"/> Lames de laryngoscope	<input type="checkbox"/> Nébuliseurs																																																			
<input type="checkbox"/> Dispositifs de réanimation cardio-respiratoire	<input type="checkbox"/> Masques	<input type="checkbox"/> Autre :																																																			
<input type="checkbox"/> Dispositifs électroniques <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Endoscopes flexibles</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bronchoscopes</td> <td><input type="checkbox"/> Duodénoscopes</td> <td><input type="checkbox"/> Laryngoscopes</td> <td><input type="checkbox"/> Sigmoidoscopes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coloscopes</td> <td><input type="checkbox"/> Échoendoscopes</td> <td><input type="checkbox"/> Nasopharyngoscopes</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cystoscopes</td> <td><input type="checkbox"/> Gastroscopes</td> <td><input type="checkbox"/> Néphroscopies</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Endoscopes flexibles			<input type="checkbox"/> Bronchoscopes	<input type="checkbox"/> Duodénoscopes	<input type="checkbox"/> Laryngoscopes	<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopes	<input type="checkbox"/> Coloscopes	<input type="checkbox"/> Échoendoscopes	<input type="checkbox"/> Nasopharyngoscopes		<input type="checkbox"/> Cystoscopes	<input type="checkbox"/> Gastroscopes	<input type="checkbox"/> Néphroscopies	<input type="checkbox"/> Autre :																																					
<input type="checkbox"/> Endoscopes flexibles																																																					
<input type="checkbox"/> Bronchoscopes	<input type="checkbox"/> Duodénoscopes	<input type="checkbox"/> Laryngoscopes	<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopes																																																		
<input type="checkbox"/> Coloscopes	<input type="checkbox"/> Échoendoscopes	<input type="checkbox"/> Nasopharyngoscopes																																																			
<input type="checkbox"/> Cystoscopes	<input type="checkbox"/> Gastroscopes	<input type="checkbox"/> Néphroscopies	<input type="checkbox"/> Autre :																																																		

Page 1

N° de l'événement				N° du formulaire de la déclaration																																								
<b>4 INFORMATIONS SUR LE DISPOSITIF MÉDICAL (DM) IMPLIQUÉ (suite)</b>																																												
<p><input type="checkbox"/> <b>Instruments médicaux</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accessoires pour tire-lait</td> <td><input type="checkbox"/> Couteaux à diamant</td> <td><input type="checkbox"/> Maillets</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adaptateurs, connecteurs, raccords, réducteurs</td> <td><input type="checkbox"/> Curettes, gouges, ostéotomes, rugines</td> <td><input type="checkbox"/> Miroirs</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alésoirs</td> <td><input type="checkbox"/> Dissecteurs</td> <td><input type="checkbox"/> Moteurs manuels et accessoires (dermatomes, perforateurs, visebrequins)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Applicateurs</td> <td><input type="checkbox"/> Écarteurs : bras d'attachement ou d'extension, lames (latérales, centrales), crochets, énucléateurs, extensionneurs</td> <td><input type="checkbox"/> Ouvre-bouches</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bistouris</td> <td><input type="checkbox"/> Endoscopes rigides : arthroscopes, bronchoscopes, cystoscopes, laparoscopes</td> <td><input type="checkbox"/> Passe-fils, serre-fils</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bougies, dilatateurs</td> <td><input type="checkbox"/> Extracteurs</td> <td><input type="checkbox"/> Pièces à main</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Brosse</td> <td><input type="checkbox"/> Implants : agrafes gastriques, clips de ligature, dispositifs de fixation interne orthopédiques (broches, fils, tiges, plaques, vis et agrafes), prothèses pour l'arthroplastie, valves cardiaques</td> <td><input type="checkbox"/> Pinces, clamps</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Canules</td> <td><input type="checkbox"/> Instruments de mesure : gabarits, mesureurs (de profondeur, de plaques), règles, compas, introduceurs, impacteurs, guides</td> <td><input type="checkbox"/> Poignets, râpes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Capteurs de pression artérielle</td> <td><input type="checkbox"/> Instruments robotisés</td> <td><input type="checkbox"/> Rongeurs, pinces de Kerrison</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ciseaux</td> <td><input type="checkbox"/> Lentilles</td> <td><input type="checkbox"/> Spéculum : nasal, vaginal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Clés</td> <td><input type="checkbox"/> Limes, fraises, mèches</td> <td><input type="checkbox"/> Tournevis (canules, douilles, manches)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cordes, câbles, fibres optiques, adaptateurs pour fibre optique, tuyaux de raccordement</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coupe-broches, plaques, mèches (instruments de coupe)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Accessoires pour tire-lait	<input type="checkbox"/> Couteaux à diamant	<input type="checkbox"/> Maillets	<input type="checkbox"/> Adaptateurs, connecteurs, raccords, réducteurs	<input type="checkbox"/> Curettes, gouges, ostéotomes, rugines	<input type="checkbox"/> Miroirs	<input type="checkbox"/> Alésoirs	<input type="checkbox"/> Dissecteurs	<input type="checkbox"/> Moteurs manuels et accessoires (dermatomes, perforateurs, visebrequins)	<input type="checkbox"/> Applicateurs	<input type="checkbox"/> Écarteurs : bras d'attachement ou d'extension, lames (latérales, centrales), crochets, énucléateurs, extensionneurs	<input type="checkbox"/> Ouvre-bouches	<input type="checkbox"/> Bistouris	<input type="checkbox"/> Endoscopes rigides : arthroscopes, bronchoscopes, cystoscopes, laparoscopes	<input type="checkbox"/> Passe-fils, serre-fils	<input type="checkbox"/> Bougies, dilatateurs	<input type="checkbox"/> Extracteurs	<input type="checkbox"/> Pièces à main	<input type="checkbox"/> Brosse	<input type="checkbox"/> Implants : agrafes gastriques, clips de ligature, dispositifs de fixation interne orthopédiques (broches, fils, tiges, plaques, vis et agrafes), prothèses pour l'arthroplastie, valves cardiaques	<input type="checkbox"/> Pinces, clamps	<input type="checkbox"/> Canules	<input type="checkbox"/> Instruments de mesure : gabarits, mesureurs (de profondeur, de plaques), règles, compas, introduceurs, impacteurs, guides	<input type="checkbox"/> Poignets, râpes	<input type="checkbox"/> Capteurs de pression artérielle	<input type="checkbox"/> Instruments robotisés	<input type="checkbox"/> Rongeurs, pinces de Kerrison	<input type="checkbox"/> Ciseaux	<input type="checkbox"/> Lentilles	<input type="checkbox"/> Spéculum : nasal, vaginal	<input type="checkbox"/> Clés	<input type="checkbox"/> Limes, fraises, mèches	<input type="checkbox"/> Tournevis (canules, douilles, manches)	<input type="checkbox"/> Cordes, câbles, fibres optiques, adaptateurs pour fibre optique, tuyaux de raccordement		<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Coupe-broches, plaques, mèches (instruments de coupe)		
<input type="checkbox"/> Accessoires pour tire-lait	<input type="checkbox"/> Couteaux à diamant	<input type="checkbox"/> Maillets																																										
<input type="checkbox"/> Adaptateurs, connecteurs, raccords, réducteurs	<input type="checkbox"/> Curettes, gouges, ostéotomes, rugines	<input type="checkbox"/> Miroirs																																										
<input type="checkbox"/> Alésoirs	<input type="checkbox"/> Dissecteurs	<input type="checkbox"/> Moteurs manuels et accessoires (dermatomes, perforateurs, visebrequins)																																										
<input type="checkbox"/> Applicateurs	<input type="checkbox"/> Écarteurs : bras d'attachement ou d'extension, lames (latérales, centrales), crochets, énucléateurs, extensionneurs	<input type="checkbox"/> Ouvre-bouches																																										
<input type="checkbox"/> Bistouris	<input type="checkbox"/> Endoscopes rigides : arthroscopes, bronchoscopes, cystoscopes, laparoscopes	<input type="checkbox"/> Passe-fils, serre-fils																																										
<input type="checkbox"/> Bougies, dilatateurs	<input type="checkbox"/> Extracteurs	<input type="checkbox"/> Pièces à main																																										
<input type="checkbox"/> Brosse	<input type="checkbox"/> Implants : agrafes gastriques, clips de ligature, dispositifs de fixation interne orthopédiques (broches, fils, tiges, plaques, vis et agrafes), prothèses pour l'arthroplastie, valves cardiaques	<input type="checkbox"/> Pinces, clamps																																										
<input type="checkbox"/> Canules	<input type="checkbox"/> Instruments de mesure : gabarits, mesureurs (de profondeur, de plaques), règles, compas, introduceurs, impacteurs, guides	<input type="checkbox"/> Poignets, râpes																																										
<input type="checkbox"/> Capteurs de pression artérielle	<input type="checkbox"/> Instruments robotisés	<input type="checkbox"/> Rongeurs, pinces de Kerrison																																										
<input type="checkbox"/> Ciseaux	<input type="checkbox"/> Lentilles	<input type="checkbox"/> Spéculum : nasal, vaginal																																										
<input type="checkbox"/> Clés	<input type="checkbox"/> Limes, fraises, mèches	<input type="checkbox"/> Tournevis (canules, douilles, manches)																																										
<input type="checkbox"/> Cordes, câbles, fibres optiques, adaptateurs pour fibre optique, tuyaux de raccordement		<input type="checkbox"/> Autre :																																										
<input type="checkbox"/> Coupe-broches, plaques, mèches (instruments de coupe)																																												
<p><input type="checkbox"/> <b>Sondes endocavitaires</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sondes transœsophagiennes</td> <td><input type="checkbox"/> Transducteurs ultrasoniques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sondes ultrasoniques à usage diagnostique et thérapeutique</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Sondes transœsophagiennes	<input type="checkbox"/> Transducteurs ultrasoniques	<input type="checkbox"/> Sondes ultrasoniques à usage diagnostique et thérapeutique	<input type="checkbox"/> Autre :																																			
<input type="checkbox"/> Sondes transœsophagiennes	<input type="checkbox"/> Transducteurs ultrasoniques																																											
<input type="checkbox"/> Sondes ultrasoniques à usage diagnostique et thérapeutique	<input type="checkbox"/> Autre :																																											
<p><input type="checkbox"/> <b>Ensemble de DM</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Contenants rigides</td> <td><input type="checkbox"/> Paquets</td> <td><input type="checkbox"/> Plateaux</td> <td><input type="checkbox"/> Pochettes</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Contenants rigides	<input type="checkbox"/> Paquets	<input type="checkbox"/> Plateaux	<input type="checkbox"/> Pochettes																																			
<input type="checkbox"/> Contenants rigides	<input type="checkbox"/> Paquets	<input type="checkbox"/> Plateaux	<input type="checkbox"/> Pochettes																																									
<p><input type="checkbox"/> <b>Autre :</b></p> <p><b>Informations complémentaires sur le DM impliqué</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Nom</td> <td>Modèle</td> <td>Fabricant ou distributeur</td> </tr> </table> <p>Autres informations</p>						Nom	Modèle	Fabricant ou distributeur																																				
Nom	Modèle	Fabricant ou distributeur																																										
<b>5 INFORMATIONS SUR LE PRODUIT DE RETRAITEMENT IMPLIQUÉ</b>																																												
Catégorie du produit de retraitement	Nom du produit	Fabricant ou distributeur	Autres informations																																									
<input type="checkbox"/> Désinfectant																																												
<input type="checkbox"/> Nettoyant																																												
<input type="checkbox"/> Stérilisant																																												
<input type="checkbox"/> Autre																																												
<b>6 CAUSE PRINCIPALE</b>																																												
<b>N. B. : Veuillez cocher une seule cause principale</b>																																												
<p><input type="checkbox"/> <b>A. Défectuosité de l'appareil de retraitement</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Nom de l'appareil</td> <td>Modèle</td> <td>Fabricant ou distributeur</td> </tr> </table> <p>A-t-on constaté des problèmes avec cet appareil auparavant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui lesquels?</p>						Nom de l'appareil	Modèle	Fabricant ou distributeur																																				
Nom de l'appareil	Modèle	Fabricant ou distributeur																																										
<p><input type="checkbox"/> <b>B. Utilisation d'un matériel médical à usage unique (MMUU) de catégorie critique ou semi-critique traité par l'établissement</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Nom du MMUU</td> <td>Modèle</td> <td>Fabricant ou distributeur</td> </tr> </table> <p>Autres informations</p>						Nom du MMUU	Modèle	Fabricant ou distributeur																																				
Nom du MMUU	Modèle	Fabricant ou distributeur																																										

Page 2

N° de l'événement		N° du formulaire de la déclaration																																																																																																									
<b>6 CAUSE PRINCIPALE (suite)</b>																																																																																																											
<p><input type="checkbox"/> <b>C. Bris dans la chaîne de retraitement du dispositif médical (RDM)</b> N. B. : Veuillez cocher précisément une seule étape et une seule case par étape</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Prénettoyage</b></td> <td><input type="checkbox"/> Désassemblage non conforme à la procédure</td> <td><input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit nettoyant</td> <td><input type="checkbox"/> Rinçage non conforme</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Produit nettoyant inapproprié</td> <td><input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit nettoyant</td> <td><input type="checkbox"/> Prénettoyage non conforme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Nettoyage</b></td> <td><input type="checkbox"/> Test d'étanchéité non conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit nettoyant</td> <td><input type="checkbox"/> Rinçage non conforme</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Désassemblage non conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Brosse non conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Nettoyage non conforme</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Produit nettoyant inapproprié</td> <td><input type="checkbox"/> Cycle du laveur inapproprié</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit nettoyant</td> <td><input type="checkbox"/> Chargement non conforme</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Désinfection de haut niveau manuelle</b></td> <td><input type="checkbox"/> Produit chimique désinfectant inapproprié</td> <td><input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit chimique désinfectant</td> <td><input type="checkbox"/> Rinçage final non conforme</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit chimique désinfectant</td> <td><input type="checkbox"/> Problème de contrôle chimique</td> <td><input type="checkbox"/> Désinfection de haut niveau manuelle non conforme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Désinfection de haut niveau automatique</b></td> <td><input type="checkbox"/> Produit chimique désinfectant inapproprié</td> <td><input type="checkbox"/> Cycle non conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Problème de contrôle mécanique</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit chimique désinfectant</td> <td><input type="checkbox"/> Problème de contrôle biologique</td> <td><input type="checkbox"/> Problème de contrôle physique</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Chargement non conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Problème de contrôle chimique</td> <td><input type="checkbox"/> Procédé de désinfection inapproprié</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Séchage</b></td> <td><input type="checkbox"/> Séchage non conforme</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Assemblage</b></td> <td><input type="checkbox"/> Intégrité déficiente du DM</td> <td><input type="checkbox"/> DM manquant, sans identification sur l'emballage</td> <td><input type="checkbox"/> Assemblage du plateau non conforme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Emballage</b></td> <td><input type="checkbox"/> Problème d'intégrité de l'emballage</td> <td><input type="checkbox"/> Problème d'indicateur chimique interne</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Problème d'indicateur chimique externe</td> <td><input type="checkbox"/> Emballage non conforme</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Stérilisation</b></td> <td><input type="checkbox"/> Utilisation de la stérilisation d'urgence (<i>flash</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Problème de contrôle physique</td> <td><input type="checkbox"/> Déchargement inapproprié</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Procédé de stérilisation inapproprié</td> <td><input type="checkbox"/> Problème de contrôle mécanique</td> <td><input type="checkbox"/> Aération non conforme de l'oxyde d'éthylène (O. E.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cycle de stérilisation inapproprié</td> <td><input type="checkbox"/> Problème de contrôle biologique</td> <td><input type="checkbox"/> Quarantaine biologique non respectée</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Chargement non conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Problème de contrôle chimique</td> <td><input type="checkbox"/> Stérilisation non conforme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Étiquetage</b></td> <td><input type="checkbox"/> Absence d'identification</td> <td><input type="checkbox"/> Identification non conforme</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Entreposage</b></td> <td><input type="checkbox"/> Lieu d'entreposage inapproprié</td> <td><input type="checkbox"/> Non-respect de la rotation du DM</td> <td><input type="checkbox"/> Entreposage non conforme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Transport</b></td> <td><input type="checkbox"/> Transport interne non conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Transport externe non conforme</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Manutention</b></td> <td><input type="checkbox"/> Manutention du DM retraité non conforme</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>D. Problèmes liés à l'environnement</b></td> <td><input type="checkbox"/> Eau non conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Humidité non conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Pressurisation des locaux non conforme</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Température non conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Vapeur non conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Vermes et insectes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>E. Autre :</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> <b>Prénettoyage</b>	<input type="checkbox"/> Désassemblage non conforme à la procédure	<input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit nettoyant	<input type="checkbox"/> Rinçage non conforme		<input type="checkbox"/> Produit nettoyant inapproprié	<input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit nettoyant	<input type="checkbox"/> Prénettoyage non conforme	<input type="checkbox"/> <b>Nettoyage</b>	<input type="checkbox"/> Test d'étanchéité non conforme	<input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit nettoyant	<input type="checkbox"/> Rinçage non conforme		<input type="checkbox"/> Désassemblage non conforme	<input type="checkbox"/> Brosse non conforme	<input type="checkbox"/> Nettoyage non conforme		<input type="checkbox"/> Produit nettoyant inapproprié	<input type="checkbox"/> Cycle du laveur inapproprié			<input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit nettoyant	<input type="checkbox"/> Chargement non conforme		<input type="checkbox"/> <b>Désinfection de haut niveau manuelle</b>	<input type="checkbox"/> Produit chimique désinfectant inapproprié	<input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit chimique désinfectant	<input type="checkbox"/> Rinçage final non conforme		<input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit chimique désinfectant	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle chimique	<input type="checkbox"/> Désinfection de haut niveau manuelle non conforme	<input type="checkbox"/> <b>Désinfection de haut niveau automatique</b>	<input type="checkbox"/> Produit chimique désinfectant inapproprié	<input type="checkbox"/> Cycle non conforme	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle mécanique		<input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit chimique désinfectant	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle biologique	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle physique		<input type="checkbox"/> Chargement non conforme	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle chimique	<input type="checkbox"/> Procédé de désinfection inapproprié	<input type="checkbox"/> <b>Séchage</b>	<input type="checkbox"/> Séchage non conforme			<input type="checkbox"/> <b>Assemblage</b>	<input type="checkbox"/> Intégrité déficiente du DM	<input type="checkbox"/> DM manquant, sans identification sur l'emballage	<input type="checkbox"/> Assemblage du plateau non conforme	<input type="checkbox"/> <b>Emballage</b>	<input type="checkbox"/> Problème d'intégrité de l'emballage	<input type="checkbox"/> Problème d'indicateur chimique interne			<input type="checkbox"/> Problème d'indicateur chimique externe	<input type="checkbox"/> Emballage non conforme		<input type="checkbox"/> <b>Stérilisation</b>	<input type="checkbox"/> Utilisation de la stérilisation d'urgence ( <i>flash</i> )	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle physique	<input type="checkbox"/> Déchargement inapproprié		<input type="checkbox"/> Procédé de stérilisation inapproprié	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle mécanique	<input type="checkbox"/> Aération non conforme de l'oxyde d'éthylène (O. E.)		<input type="checkbox"/> Cycle de stérilisation inapproprié	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle biologique	<input type="checkbox"/> Quarantaine biologique non respectée		<input type="checkbox"/> Chargement non conforme	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle chimique	<input type="checkbox"/> Stérilisation non conforme	<input type="checkbox"/> <b>Étiquetage</b>	<input type="checkbox"/> Absence d'identification	<input type="checkbox"/> Identification non conforme		<input type="checkbox"/> <b>Entreposage</b>	<input type="checkbox"/> Lieu d'entreposage inapproprié	<input type="checkbox"/> Non-respect de la rotation du DM	<input type="checkbox"/> Entreposage non conforme	<input type="checkbox"/> <b>Transport</b>	<input type="checkbox"/> Transport interne non conforme	<input type="checkbox"/> Transport externe non conforme		<input type="checkbox"/> <b>Manutention</b>	<input type="checkbox"/> Manutention du DM retraité non conforme			<input type="checkbox"/> <b>D. Problèmes liés à l'environnement</b>	<input type="checkbox"/> Eau non conforme	<input type="checkbox"/> Humidité non conforme	<input type="checkbox"/> Pressurisation des locaux non conforme		<input type="checkbox"/> Température non conforme	<input type="checkbox"/> Vapeur non conforme	<input type="checkbox"/> Vermes et insectes	<input type="checkbox"/> <b>E. Autre :</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Prénettoyage</b>	<input type="checkbox"/> Désassemblage non conforme à la procédure	<input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit nettoyant	<input type="checkbox"/> Rinçage non conforme																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> Produit nettoyant inapproprié	<input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit nettoyant	<input type="checkbox"/> Prénettoyage non conforme																																																																																																								
<input type="checkbox"/> <b>Nettoyage</b>	<input type="checkbox"/> Test d'étanchéité non conforme	<input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit nettoyant	<input type="checkbox"/> Rinçage non conforme																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> Désassemblage non conforme	<input type="checkbox"/> Brosse non conforme	<input type="checkbox"/> Nettoyage non conforme																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> Produit nettoyant inapproprié	<input type="checkbox"/> Cycle du laveur inapproprié																																																																																																									
	<input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit nettoyant	<input type="checkbox"/> Chargement non conforme																																																																																																									
<input type="checkbox"/> <b>Désinfection de haut niveau manuelle</b>	<input type="checkbox"/> Produit chimique désinfectant inapproprié	<input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit chimique désinfectant	<input type="checkbox"/> Rinçage final non conforme																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit chimique désinfectant	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle chimique	<input type="checkbox"/> Désinfection de haut niveau manuelle non conforme																																																																																																								
<input type="checkbox"/> <b>Désinfection de haut niveau automatique</b>	<input type="checkbox"/> Produit chimique désinfectant inapproprié	<input type="checkbox"/> Cycle non conforme	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle mécanique																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit chimique désinfectant	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle biologique	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle physique																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> Chargement non conforme	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle chimique	<input type="checkbox"/> Procédé de désinfection inapproprié																																																																																																								
<input type="checkbox"/> <b>Séchage</b>	<input type="checkbox"/> Séchage non conforme																																																																																																										
<input type="checkbox"/> <b>Assemblage</b>	<input type="checkbox"/> Intégrité déficiente du DM	<input type="checkbox"/> DM manquant, sans identification sur l'emballage	<input type="checkbox"/> Assemblage du plateau non conforme																																																																																																								
<input type="checkbox"/> <b>Emballage</b>	<input type="checkbox"/> Problème d'intégrité de l'emballage	<input type="checkbox"/> Problème d'indicateur chimique interne																																																																																																									
	<input type="checkbox"/> Problème d'indicateur chimique externe	<input type="checkbox"/> Emballage non conforme																																																																																																									
<input type="checkbox"/> <b>Stérilisation</b>	<input type="checkbox"/> Utilisation de la stérilisation d'urgence ( <i>flash</i> )	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle physique	<input type="checkbox"/> Déchargement inapproprié																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> Procédé de stérilisation inapproprié	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle mécanique	<input type="checkbox"/> Aération non conforme de l'oxyde d'éthylène (O. E.)																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> Cycle de stérilisation inapproprié	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle biologique	<input type="checkbox"/> Quarantaine biologique non respectée																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> Chargement non conforme	<input type="checkbox"/> Problème de contrôle chimique	<input type="checkbox"/> Stérilisation non conforme																																																																																																								
<input type="checkbox"/> <b>Étiquetage</b>	<input type="checkbox"/> Absence d'identification	<input type="checkbox"/> Identification non conforme																																																																																																									
<input type="checkbox"/> <b>Entreposage</b>	<input type="checkbox"/> Lieu d'entreposage inapproprié	<input type="checkbox"/> Non-respect de la rotation du DM	<input type="checkbox"/> Entreposage non conforme																																																																																																								
<input type="checkbox"/> <b>Transport</b>	<input type="checkbox"/> Transport interne non conforme	<input type="checkbox"/> Transport externe non conforme																																																																																																									
<input type="checkbox"/> <b>Manutention</b>	<input type="checkbox"/> Manutention du DM retraité non conforme																																																																																																										
<input type="checkbox"/> <b>D. Problèmes liés à l'environnement</b>	<input type="checkbox"/> Eau non conforme	<input type="checkbox"/> Humidité non conforme	<input type="checkbox"/> Pressurisation des locaux non conforme																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> Température non conforme	<input type="checkbox"/> Vapeur non conforme	<input type="checkbox"/> Vermes et insectes																																																																																																								
<input type="checkbox"/> <b>E. Autre :</b>																																																																																																											

Page 3

N° de l'événement	N° du formulaire de la déclaration																																				
<b>7 CAUSE(S) ASSOCIÉE(S)</b>																																					
<b>N. B. : Veuillez cocher les causes associées liées à la cause principale de la survenue de l'événement</b>																																					
<p><input type="checkbox"/> A. Cause(s) liée(s) à l'organisation du travail</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lacune de communication</td> <td><input type="checkbox"/> Lacune de procédures, de politiques, de protocoles</td> <td><input type="checkbox"/> Personnel insuffisant</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lacune de disponibilité de l'appareil, du DM ou d'une immobilisation</td> <td><input type="checkbox"/> Lacune de programmation</td> <td><input type="checkbox"/> Personnel non qualifié</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lacune de formation</td> <td><input type="checkbox"/> Lacune de registres</td> <td><input type="checkbox"/> Autre facteur lié à l'organisation du travail :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lacune d'organisation de services</td> <td><input type="checkbox"/> Lacune de supervision, d'encadrement</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Lacune de communication	<input type="checkbox"/> Lacune de procédures, de politiques, de protocoles	<input type="checkbox"/> Personnel insuffisant	<input type="checkbox"/> Lacune de disponibilité de l'appareil, du DM ou d'une immobilisation	<input type="checkbox"/> Lacune de programmation	<input type="checkbox"/> Personnel non qualifié	<input type="checkbox"/> Lacune de formation	<input type="checkbox"/> Lacune de registres	<input type="checkbox"/> Autre facteur lié à l'organisation du travail :	<input type="checkbox"/> Lacune d'organisation de services	<input type="checkbox"/> Lacune de supervision, d'encadrement																							
<input type="checkbox"/> Lacune de communication	<input type="checkbox"/> Lacune de procédures, de politiques, de protocoles	<input type="checkbox"/> Personnel insuffisant																																			
<input type="checkbox"/> Lacune de disponibilité de l'appareil, du DM ou d'une immobilisation	<input type="checkbox"/> Lacune de programmation	<input type="checkbox"/> Personnel non qualifié																																			
<input type="checkbox"/> Lacune de formation	<input type="checkbox"/> Lacune de registres	<input type="checkbox"/> Autre facteur lié à l'organisation du travail :																																			
<input type="checkbox"/> Lacune d'organisation de services	<input type="checkbox"/> Lacune de supervision, d'encadrement																																				
<p><input type="checkbox"/> B. Cause(s) liée(s) à l'environnement</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bris de canalisation</td> <td><input type="checkbox"/> Hygiène, salubrité</td> <td><input type="checkbox"/> Autre fait lié à l'environnement :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bris de ventilation</td> <td><input type="checkbox"/> Défectuosité de l'appareil</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aménagement des locaux</td> <td><input type="checkbox"/> Entretien inadéquat d'un appareil, d'une immobilisation</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Bris de canalisation	<input type="checkbox"/> Hygiène, salubrité	<input type="checkbox"/> Autre fait lié à l'environnement :	<input type="checkbox"/> Bris de ventilation	<input type="checkbox"/> Défectuosité de l'appareil		<input type="checkbox"/> Aménagement des locaux	<input type="checkbox"/> Entretien inadéquat d'un appareil, d'une immobilisation																										
<input type="checkbox"/> Bris de canalisation	<input type="checkbox"/> Hygiène, salubrité	<input type="checkbox"/> Autre fait lié à l'environnement :																																			
<input type="checkbox"/> Bris de ventilation	<input type="checkbox"/> Défectuosité de l'appareil																																				
<input type="checkbox"/> Aménagement des locaux	<input type="checkbox"/> Entretien inadéquat d'un appareil, d'une immobilisation																																				
<p><input type="checkbox"/> C. Cause(s) liée(s) à un fournisseur :</p>																																					
<p><input type="checkbox"/> D. Autre(s) type(s) de causes :</p>																																					
<b>8 INFORMATIONS ADDITIONNELLES RELATIVES À L'ACCIDENT</b>																																					
Système de traçabilité fonctionnel du DM impliqué :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cet accident implique-t-il d'autre(s) usager(s)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																	
Nombre d'usager(s) exposé(s)	Date d'exposition du premier usager	Année    Mois    Jour	Nombre d'usager(s) retracé(s)																																		
Tests de dépistage à la suite de l'accident :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nombre d'usagers testés	Nombre de tests positifs																																	
Virus hématogènes		<input type="checkbox"/> VIH																																			
		<input type="checkbox"/> VHC																																			
		<input type="checkbox"/> VHB																																			
Autre(s) agent(s) pathogène(s)																																					
<b>9 CONSEQUENCES</b>																																					
<p><input type="checkbox"/> Conséquences sur l'usager</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Décès</td> <td><input type="checkbox"/> Conséquences psychologiques :</td> <td><input type="checkbox"/> Conséquences sociales :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conséquences physiques :</td> <td><input type="checkbox"/> Agitation, désorganisation</td> <td><input type="checkbox"/> Complications familiales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arrêt cardio-respiratoire</td> <td><input type="checkbox"/> Virale</td> <td><input type="checkbox"/> Anxiété</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Brûlures</td> <td><input type="checkbox"/> Bactérienne</td> <td><input type="checkbox"/> Réaction dépressive</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Choc vagal</td> <td><input type="checkbox"/> Fongique</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Éraflure</td> <td><input type="checkbox"/> Préciser l'(es) agent(s) pathogène(s)</td> <td><input type="checkbox"/> Conséquences financières :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Éruption cutanée</td> <td><input type="checkbox"/> Inflammation</td> <td><input type="checkbox"/> Frais de soins additionnels</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Étourdissement</td> <td><input type="checkbox"/> Cédème</td> <td><input type="checkbox"/> Arrêt de travail</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fistule</td> <td><input type="checkbox"/> Rougeur</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fracture</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infection :</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Conséquences psychologiques :	<input type="checkbox"/> Conséquences sociales :	<input type="checkbox"/> Conséquences physiques :	<input type="checkbox"/> Agitation, désorganisation	<input type="checkbox"/> Complications familiales	<input type="checkbox"/> Arrêt cardio-respiratoire	<input type="checkbox"/> Virale	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Brûlures	<input type="checkbox"/> Bactérienne	<input type="checkbox"/> Réaction dépressive	<input type="checkbox"/> Choc vagal	<input type="checkbox"/> Fongique	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Éraflure	<input type="checkbox"/> Préciser l'(es) agent(s) pathogène(s)	<input type="checkbox"/> Conséquences financières :	<input type="checkbox"/> Éruption cutanée	<input type="checkbox"/> Inflammation	<input type="checkbox"/> Frais de soins additionnels	<input type="checkbox"/> Étourdissement	<input type="checkbox"/> Cédème	<input type="checkbox"/> Arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Fistule	<input type="checkbox"/> Rougeur	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Fracture			<input type="checkbox"/> Infection :	<input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Conséquences psychologiques :	<input type="checkbox"/> Conséquences sociales :																																			
<input type="checkbox"/> Conséquences physiques :	<input type="checkbox"/> Agitation, désorganisation	<input type="checkbox"/> Complications familiales																																			
<input type="checkbox"/> Arrêt cardio-respiratoire	<input type="checkbox"/> Virale	<input type="checkbox"/> Anxiété																																			
<input type="checkbox"/> Brûlures	<input type="checkbox"/> Bactérienne	<input type="checkbox"/> Réaction dépressive																																			
<input type="checkbox"/> Choc vagal	<input type="checkbox"/> Fongique	<input type="checkbox"/> Autre :																																			
<input type="checkbox"/> Éraflure	<input type="checkbox"/> Préciser l'(es) agent(s) pathogène(s)	<input type="checkbox"/> Conséquences financières :																																			
<input type="checkbox"/> Éruption cutanée	<input type="checkbox"/> Inflammation	<input type="checkbox"/> Frais de soins additionnels																																			
<input type="checkbox"/> Étourdissement	<input type="checkbox"/> Cédème	<input type="checkbox"/> Arrêt de travail																																			
<input type="checkbox"/> Fistule	<input type="checkbox"/> Rougeur	<input type="checkbox"/> Autre :																																			
<input type="checkbox"/> Fracture																																					
<input type="checkbox"/> Infection :	<input type="checkbox"/> Autre :																																				
<p><input type="checkbox"/> Conséquences sur l'établissement</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conséquences matérielles ou financières :</td> <td><input type="checkbox"/> Conséquences sociales :</td> <td><input type="checkbox"/> Conséquences médiatiques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Achat de nouveaux matériels</td> <td><input type="checkbox"/> Absentéisme</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Évaluation</td> <td><input type="checkbox"/> Démotivation du personnel</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indemnisation</td> <td><input type="checkbox"/> Grève du personnel</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Réparation</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Conséquences matérielles ou financières :	<input type="checkbox"/> Conséquences sociales :	<input type="checkbox"/> Conséquences médiatiques	<input type="checkbox"/> Achat de nouveaux matériels	<input type="checkbox"/> Absentéisme	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Évaluation	<input type="checkbox"/> Démotivation du personnel		<input type="checkbox"/> Indemnisation	<input type="checkbox"/> Grève du personnel		<input type="checkbox"/> Réparation																				
<input type="checkbox"/> Conséquences matérielles ou financières :	<input type="checkbox"/> Conséquences sociales :	<input type="checkbox"/> Conséquences médiatiques																																			
<input type="checkbox"/> Achat de nouveaux matériels	<input type="checkbox"/> Absentéisme	<input type="checkbox"/> Autre :																																			
<input type="checkbox"/> Évaluation	<input type="checkbox"/> Démotivation du personnel																																				
<input type="checkbox"/> Indemnisation	<input type="checkbox"/> Grève du personnel																																				
<input type="checkbox"/> Réparation																																					

Page 4

N° de l'événement				N° du formulaire de la déclaration																																																																																																																																																																																																																			
<b>10 MESURES PRISES</b>																																																																																																																																																																																																																							
<p><input type="checkbox"/> <b>A. Mesures relatives à l'usager</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mesures de suivi clinique</td> <td><input type="checkbox"/> Antibiothérapie débutée</td> <td><input type="checkbox"/> Imagerie médicale demandée</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Médecin avisé</td> <td><input type="checkbox"/> Suivi sérologique de l'usager</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> <b>Divulgation à l'usager</b></td> <td><input type="checkbox"/> N. A.</td> <td><input type="checkbox"/> Fait</td> <td>Documentation :</td> <td><input type="checkbox"/> Au dossier</td> <td><input type="checkbox"/> Sur le rapport de divulgation</td> <td>Nombre d'usagers informés :</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Personnes à qui est faite la divulgation :</td> <td colspan="2">Nom, prénom de la personne qui a fait la divulgation</td> <td colspan="2">Date (année, mois, jour)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><input type="checkbox"/> Usager</td> <td><input type="checkbox"/> Parents, proches</td> <td><input type="checkbox"/> Représentant légal</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="8"><input type="checkbox"/> <b>Soins ou mesures de soutien proposés à l'usager pour contrer ou atténuer les conséquences</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Soin ou mesure de soutien</td> <td>Retenu</td> <td>Non retenu</td> <td colspan="2">Personne responsable du suivi : nom, prénom</td> <td colspan="2">Fonction</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="8"><input type="checkbox"/> <b>Mesures de soutien proposées pour venir en aide aux proches de l'usager qui sont touchés par les conséquences de l'événement</b></td> </tr> <tr> <td>Mesure de soutien</td> <td>Retenue</td> <td>Non retenue</td> <td>Personne responsable du suivi : nom, prénom</td> <td>Fonction</td> <td>Personne visée par la mesure : nom, prénom</td> <td colspan="2">Lien avec l'usager</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p><input type="checkbox"/> <b>B. Mesures relatives au DM impliqué</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rappel du DM</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p><input type="checkbox"/> <b>C. Mesures entreprises afin de prévenir la récurrence de l'événement</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Affecter du personnel qualifié</td> <td><input type="checkbox"/> Cesser l'utilisation du DM impliqué dans l'événement</td> <td><input type="checkbox"/> Former le personnel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Assurer l'entretien adéquat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation</td> <td><input type="checkbox"/> Contacter l'entreprise fabricante ou distributrice</td> <td><input type="checkbox"/> Procéder à l'achat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Avoir un système de traçabilité fonctionnel du DM impliqué</td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une politique</td> <td><input type="checkbox"/> Réparer l'appareil, le DM ou l'immobilisation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cesser le retraitement du matériel médical à usage unique à l'échelle de l'établissement</td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une procédure</td> <td><input type="checkbox"/> Revoir l'organisation du service</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un protocole</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un registre</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p><input type="checkbox"/> <b>D. Événement signalé</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ASSS</td> <td><input type="checkbox"/> Génie biomédical</td> <td><input type="checkbox"/> Santé Canada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CERDM</td> <td><input type="checkbox"/> Gestion des risques</td> <td><input type="checkbox"/> Superviseur</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Équipe de prévention des infections</td> <td><input type="checkbox"/> Installation de matériel</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>11 SIGNALEMENT À L'ASSUREUR</b></td> <td colspan="3"><b>12 ÉVÉNEMENT SENTINELLE</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> <td>Date (année, mois, jour)</td> <td colspan="2">Personne-resource, contact, assurances</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>13 AVIS AU CORONER</b></td> <td colspan="3"><b>14 SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ANALYSE</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Date</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td>Signature</td> <td>Date</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Année</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Mois</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Jour</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Mesures de suivi clinique	<input type="checkbox"/> Antibiothérapie débutée	<input type="checkbox"/> Imagerie médicale demandée	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Médecin avisé	<input type="checkbox"/> Suivi sérologique de l'usager			<input type="checkbox"/> <b>Divulgation à l'usager</b>		<input type="checkbox"/> N. A.	<input type="checkbox"/> Fait	Documentation :	<input type="checkbox"/> Au dossier	<input type="checkbox"/> Sur le rapport de divulgation	Nombre d'usagers informés :			Personnes à qui est faite la divulgation :		Nom, prénom de la personne qui a fait la divulgation		Date (année, mois, jour)				<input type="checkbox"/> Usager	<input type="checkbox"/> Parents, proches	<input type="checkbox"/> Représentant légal	<input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> <b>Soins ou mesures de soutien proposés à l'usager pour contrer ou atténuer les conséquences</b>								Soin ou mesure de soutien		Retenu	Non retenu	Personne responsable du suivi : nom, prénom		Fonction																										<input type="checkbox"/> <b>Mesures de soutien proposées pour venir en aide aux proches de l'usager qui sont touchés par les conséquences de l'événement</b>								Mesure de soutien	Retenue	Non retenue	Personne responsable du suivi : nom, prénom	Fonction	Personne visée par la mesure : nom, prénom	Lien avec l'usager																										<p><input type="checkbox"/> <b>B. Mesures relatives au DM impliqué</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rappel du DM</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Rappel du DM	<input type="checkbox"/> Autre :	<p><input type="checkbox"/> <b>C. Mesures entreprises afin de prévenir la récurrence de l'événement</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Affecter du personnel qualifié</td> <td><input type="checkbox"/> Cesser l'utilisation du DM impliqué dans l'événement</td> <td><input type="checkbox"/> Former le personnel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Assurer l'entretien adéquat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation</td> <td><input type="checkbox"/> Contacter l'entreprise fabricante ou distributrice</td> <td><input type="checkbox"/> Procéder à l'achat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Avoir un système de traçabilité fonctionnel du DM impliqué</td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une politique</td> <td><input type="checkbox"/> Réparer l'appareil, le DM ou l'immobilisation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cesser le retraitement du matériel médical à usage unique à l'échelle de l'établissement</td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une procédure</td> <td><input type="checkbox"/> Revoir l'organisation du service</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un protocole</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un registre</td> <td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Affecter du personnel qualifié	<input type="checkbox"/> Cesser l'utilisation du DM impliqué dans l'événement	<input type="checkbox"/> Former le personnel	<input type="checkbox"/> Assurer l'entretien adéquat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation	<input type="checkbox"/> Contacter l'entreprise fabricante ou distributrice	<input type="checkbox"/> Procéder à l'achat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation	<input type="checkbox"/> Avoir un système de traçabilité fonctionnel du DM impliqué	<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une politique	<input type="checkbox"/> Réparer l'appareil, le DM ou l'immobilisation	<input type="checkbox"/> Cesser le retraitement du matériel médical à usage unique à l'échelle de l'établissement	<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une procédure	<input type="checkbox"/> Revoir l'organisation du service		<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un protocole	<input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un registre		<p><input type="checkbox"/> <b>D. Événement signalé</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ASSS</td> <td><input type="checkbox"/> Génie biomédical</td> <td><input type="checkbox"/> Santé Canada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CERDM</td> <td><input type="checkbox"/> Gestion des risques</td> <td><input type="checkbox"/> Superviseur</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Équipe de prévention des infections</td> <td><input type="checkbox"/> Installation de matériel</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> ASSS	<input type="checkbox"/> Génie biomédical	<input type="checkbox"/> Santé Canada	<input type="checkbox"/> CERDM	<input type="checkbox"/> Gestion des risques	<input type="checkbox"/> Superviseur	<input type="checkbox"/> Équipe de prévention des infections	<input type="checkbox"/> Installation de matériel	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>11 SIGNALEMENT À L'ASSUREUR</b>			<b>12 ÉVÉNEMENT SENTINELLE</b>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date (année, mois, jour)	Personne-resource, contact, assurances		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<b>13 AVIS AU CORONER</b>			<b>14 SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ANALYSE</b>			<input type="checkbox"/> Date	Année	Mois	Jour	Signature	Date						Année						Mois						Jour
<input type="checkbox"/> Mesures de suivi clinique	<input type="checkbox"/> Antibiothérapie débutée	<input type="checkbox"/> Imagerie médicale demandée	<input type="checkbox"/> Autre :																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Médecin avisé	<input type="checkbox"/> Suivi sérologique de l'usager																																																																																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> <b>Divulgation à l'usager</b>		<input type="checkbox"/> N. A.	<input type="checkbox"/> Fait	Documentation :	<input type="checkbox"/> Au dossier	<input type="checkbox"/> Sur le rapport de divulgation	Nombre d'usagers informés :																																																																																																																																																																																																																
		Personnes à qui est faite la divulgation :		Nom, prénom de la personne qui a fait la divulgation		Date (année, mois, jour)																																																																																																																																																																																																																	
		<input type="checkbox"/> Usager	<input type="checkbox"/> Parents, proches	<input type="checkbox"/> Représentant légal	<input type="checkbox"/> Autre																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> <b>Soins ou mesures de soutien proposés à l'usager pour contrer ou atténuer les conséquences</b>																																																																																																																																																																																																																							
Soin ou mesure de soutien		Retenu	Non retenu	Personne responsable du suivi : nom, prénom		Fonction																																																																																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> <b>Mesures de soutien proposées pour venir en aide aux proches de l'usager qui sont touchés par les conséquences de l'événement</b>																																																																																																																																																																																																																							
Mesure de soutien	Retenue	Non retenue	Personne responsable du suivi : nom, prénom	Fonction	Personne visée par la mesure : nom, prénom	Lien avec l'usager																																																																																																																																																																																																																	
<p><input type="checkbox"/> <b>B. Mesures relatives au DM impliqué</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rappel du DM</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Rappel du DM	<input type="checkbox"/> Autre :																																																																																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Rappel du DM	<input type="checkbox"/> Autre :																																																																																																																																																																																																																						
<p><input type="checkbox"/> <b>C. Mesures entreprises afin de prévenir la récurrence de l'événement</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Affecter du personnel qualifié</td> <td><input type="checkbox"/> Cesser l'utilisation du DM impliqué dans l'événement</td> <td><input type="checkbox"/> Former le personnel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Assurer l'entretien adéquat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation</td> <td><input type="checkbox"/> Contacter l'entreprise fabricante ou distributrice</td> <td><input type="checkbox"/> Procéder à l'achat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Avoir un système de traçabilité fonctionnel du DM impliqué</td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une politique</td> <td><input type="checkbox"/> Réparer l'appareil, le DM ou l'immobilisation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cesser le retraitement du matériel médical à usage unique à l'échelle de l'établissement</td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une procédure</td> <td><input type="checkbox"/> Revoir l'organisation du service</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un protocole</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un registre</td> <td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Affecter du personnel qualifié	<input type="checkbox"/> Cesser l'utilisation du DM impliqué dans l'événement	<input type="checkbox"/> Former le personnel	<input type="checkbox"/> Assurer l'entretien adéquat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation	<input type="checkbox"/> Contacter l'entreprise fabricante ou distributrice	<input type="checkbox"/> Procéder à l'achat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation	<input type="checkbox"/> Avoir un système de traçabilité fonctionnel du DM impliqué	<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une politique	<input type="checkbox"/> Réparer l'appareil, le DM ou l'immobilisation	<input type="checkbox"/> Cesser le retraitement du matériel médical à usage unique à l'échelle de l'établissement	<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une procédure	<input type="checkbox"/> Revoir l'organisation du service		<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un protocole	<input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un registre																																																																																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Affecter du personnel qualifié	<input type="checkbox"/> Cesser l'utilisation du DM impliqué dans l'événement	<input type="checkbox"/> Former le personnel																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Assurer l'entretien adéquat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation	<input type="checkbox"/> Contacter l'entreprise fabricante ou distributrice	<input type="checkbox"/> Procéder à l'achat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Avoir un système de traçabilité fonctionnel du DM impliqué	<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une politique	<input type="checkbox"/> Réparer l'appareil, le DM ou l'immobilisation																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Cesser le retraitement du matériel médical à usage unique à l'échelle de l'établissement	<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une procédure	<input type="checkbox"/> Revoir l'organisation du service																																																																																																																																																																																																																					
	<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un protocole	<input type="checkbox"/> Autre :																																																																																																																																																																																																																					
	<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un registre																																																																																																																																																																																																																						
<p><input type="checkbox"/> <b>D. Événement signalé</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ASSS</td> <td><input type="checkbox"/> Génie biomédical</td> <td><input type="checkbox"/> Santé Canada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CERDM</td> <td><input type="checkbox"/> Gestion des risques</td> <td><input type="checkbox"/> Superviseur</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Équipe de prévention des infections</td> <td><input type="checkbox"/> Installation de matériel</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> ASSS	<input type="checkbox"/> Génie biomédical	<input type="checkbox"/> Santé Canada	<input type="checkbox"/> CERDM	<input type="checkbox"/> Gestion des risques	<input type="checkbox"/> Superviseur	<input type="checkbox"/> Équipe de prévention des infections	<input type="checkbox"/> Installation de matériel	<input type="checkbox"/> Autre :																																																																																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ASSS	<input type="checkbox"/> Génie biomédical	<input type="checkbox"/> Santé Canada																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> CERDM	<input type="checkbox"/> Gestion des risques	<input type="checkbox"/> Superviseur																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Équipe de prévention des infections	<input type="checkbox"/> Installation de matériel	<input type="checkbox"/> Autre :																																																																																																																																																																																																																					
<b>11 SIGNALEMENT À L'ASSUREUR</b>			<b>12 ÉVÉNEMENT SENTINELLE</b>																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date (année, mois, jour)	Personne-resource, contact, assurances		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non																																																																																																																																																																																																																	
<b>13 AVIS AU CORONER</b>			<b>14 SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ANALYSE</b>																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Date	Année	Mois	Jour	Signature	Date																																																																																																																																																																																																																		
					Année																																																																																																																																																																																																																		
					Mois																																																																																																																																																																																																																		
					Jour																																																																																																																																																																																																																		

Page 5

AH-223-2-RDM (2014-02)

**RAPPORT D'ANALYSE EN RETRAITEMENT DES  
DISPOSITIFS MÉDICAUX (RARDM) – Incidents et accidents**

Source : Formation du CCASS (2005)